

Parents

| Parent 1 | Responsable légal | ** |
|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Parenté : | _____ | |
| Civilité : | _____ | |
| Nom : | _____ | |
| Prénom : | _____ | |
| Profession : | _____ | |
| Employeur : | _____ | |
| Téléphone : | _____ | Poste : _____ |
| Portable : | _____ | |
| Situation familiale : | _____ | |

| Parent 2 | Responsable légal | ** |
|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Parenté : | _____ | |
| Civilité : | _____ | |
| Nom : | _____ | |
| Prénom : | _____ | |
| Profession : | _____ | |
| Employeur : | _____ | |
| Téléphone : | _____ | Poste : _____ |
| Portable : | _____ | |
| Situation familiale : | _____ | |

| Autre | Responsable légal | ** |
|--------------|--------------------------|---------------|
| Parenté : | _____ | |
| Civilité : | _____ | |
| Nom : | _____ | |
| Prénom : | _____ | |
| Profession : | _____ | |
| Employeur : | _____ | |
| Téléphone : | _____ | Poste : _____ |
| Portable : | _____ | |

Signatures des 2 responsables légaux

Autorisation pour l'enfant

Je, soussigné

Parent 1

Parent 2

Autre

.....

.....

.....

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

Détail des autorisations

| | | |
|----------|--|---|
| | Autorise N'autorise pas | mon enfant à participer aux activités proposées par le Service Enfance Jeunesse et le Service des Sports |
| | Autorise N'autorise pas | le transport de mon enfant par l'équipe d'animation ou un prestataire. |
| | Autorise N'autorise pas | mon enfant à rentrer seul ou à attendre seul l'arrivée des parents, après les activités Sports Vacances, Ados Club (possibilité de rayer la mention non souhaitée). |
| | Autorise N'autorise pas | le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance. |
| | Autorise N'autorise pas | l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie). |
| | Autorise N'autorise pas | la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charges) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.). |
| | Autorise N'autorise pas | La Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche dont le siège social est situé 20 rue des Aubépines à La Haye (50 250) à reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie (notamment financière), la (ou les) photographie(s), le film et ou l'enregistrement (ci-après les œuvres) représentant mon enfant. Les œuvres précitées seront utilisées par la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche ou l'un de ses partenaires afin de communiquer sur les actions, événements et projets de la collectivité ou de ses partenaires. L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche,...) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur les sites internet appartenant à la Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche. La Communauté de Communes Côte Ouest Centre Manche pourra faire tout usage des œuvres, dans les limites précitées. La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans aucune limite de temps. Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée, à l'intégrité de mon enfant. |

Signatures des 2 responsables légaux

Fait à

Le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
