

NORMANDIE

la ligue de
l'enseignement
un avenir par l'éducation populaire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA COTE DES ISLES

ANNEE 2024 - 2025

Centres de loisirs Site de Barneville-Carteret
et Port-Bail sur Mer

Périscolaires sur les écoles de Barneville-Carteret, de
Denneville, de les Moitiers d'Allonne, de Port-Bail sur Mer
et de Saint Maurice en Cotentin



<u>Enfant</u>	
NOM :	
Prénom :	
Né(e) le :	Sexe : <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon
Ecole Fréquentée :	
Classe Fréquentée à la rentrée 2024-2025 :	

<u>Caisse d'Affiliation</u>
<input type="radio"/> CAF de la Manche
<input type="radio"/> MSA de la Manche
<input type="radio"/> Autre (précisez) :
N° Allocataire :

<u>Parents de l'enfant – Autorité Parentale</u>	
Responsable Légal : <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Les deux Parents <input type="radio"/> Tuteur	
Mère (ou Tuteur)	Père (ou Tuteur)
NOM – Prénom :	NOM – Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Tel Domicile :	Tel Domicile :
Tel Portable :	Tel Portable :
Profession / Employeur :	Profession / Employeur :
Tel Professionnel :	Tel Professionnel :
Email :	Email :

<u>Personnes Autorisées à venir chercher l'enfant</u>	
NOM – Prénom :	Tel :
NOM – Prénom :	Tel :
NOM – Prénom :	Tel :
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Personne non autorisée à venir chercher l'enfant suite à un jugement : (dans ce cas, merci de transmettre une copie du jugement)	

<u>Assurance</u>
Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) :
N° de contrat :



Vaccinations

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

Vaccins Obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins Recommandés	Date du dernier rappel
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		BCG	
Ou Tétracop			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements Médicaux Concernant l'Enfant

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? oui non

Un PAI est-il établi avec l'école ? 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 et avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Allergies

Asthme	Allergie Alimentaire	Allergie Médicamenteuse
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cause :	Cause :	Cause :
Conduite à tenir :	Conduite à tenir :	Conduite à tenir :

L'enfant suit-il un régime alimentaire :

oui non sans porc sans viande autre (précisez)

Médecin traitant

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone : / / / /

N° de sécurité sociale de l'enfant (ou parent responsable) _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

Recommandations / Observations Diverses

(port de lunettes, de prothèse auditive, difficulté de santé, comportement particulier, crise convulsive, précautions à prendre, etc...)

.....



Autorisation Parentale – Décharge de Responsabilité

Je soussigné(é), Mme/Mr.....responsable de légal de l'enfant.....

- Déclare avoir pris connaissance et accepte les conditions de fonctionnement ainsi que les règlements intérieurs des activités de centre de loisirs et des accueils périscolaires.
- Certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le centre de loisirs et les accueils périscolaires, et à utiliser les transports mis à disposition pour les sorties éventuelles.
- Autorise les responsables de la structure à prendre toutes dispositions utiles en cas d'accident, de nécessité d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale.
- Autorise les animateurs et/ou journalistes à prendre et publier des photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs et du périscolaire.
- Dégage l'organisateur de toutes responsabilités pour tout accident pouvant survenir en dehors des horaires de fonctionnement des activités organisées.
- Dégage l'organisateur de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de dégradations d'effets personnels (vêtements, bijoux, jouets,...)
- M'engage à signaler immédiatement toutes modifications d'adresse, de coordonnées ou autre.

IMPORTANT

Il est indispensable de compléter TOUTES LES DONNEES de ce dossier afin que votre enfant soit accueilli en toute sécurité, et que les documents administratifs ainsi que la tarification soient ajustés.

Année Scolaire 2024-2025

A.....

Le.....

Signature :

Année Scolaire 2025-2026

A.....

Le.....

Signature :