

NORMANDIE

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

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ACCUEIL DE LOISIRS DE LA COTE DES ISLES

### ANNEE 2025 - 2026

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



| Enfant                                     |                                                                 |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| NOM :                                      |                                                                 |
| Prénom :                                   |                                                                 |
| Né(e) le :                                 | Sexe : <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Garçon |
| Ecole Fréquentée :                         |                                                                 |
| Classe Fréquentée à la rentrée 2025-2026 : |                                                                 |

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

| Parents de l'enfant – Autorité Parentale                                                                                                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 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 :                  |

| Personnes Autorisées à venir chercher l'enfant                                                                                      |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 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 :<br>(dans ce cas, merci de transmettre une copie du jugement) |       |

| Assurance                                                 |
|-----------------------------------------------------------|
| 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 2025-2026**

A.....

Le.....

Signature :

#### **Année Scolaire 2026-2027 (ne pas compléter avant septembre 2026 svp)**

A.....

Le.....

Signature :