



FICHE DE LIAISON 2024/2025

1. ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Féminin Masculin

2. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : Civilité : Mr. Mme.

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro allocataire CAF :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Responsable 2 : Civilité : Mr. Mme.

Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro allocataire CAF :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

3. AUTORISATION

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives
oui non
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées
oui non
- Autorise l'équipe d'animation à se déplacer avec mon enfant en transport en commun et car de location
oui non
- Autorise l'équipe pédagogique à prendre des photos et des vidéos durant les temps d'activités de mon enfant, ces photos pourront être utilisées à l'intérieur et à l'extérieur de la structure (exposition, brochures, gazettes, site internet...)
oui non

4. REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT

Classique

Sans Porc

Végétarien

Panier Repas P.A.I

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? oui non

L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours :
oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.



À titre indicatif, votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

Autre (pollen, animaux, plantes, ...) précisez :

.....

Précisez la conduite à tenir :

.....
.....
.....

DIFFICULTEES DE SANTE PARTICULIERES

Indiquez ci-après les difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....
.....

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il un(e)/des :

Lentilles Prothèses auditives
Lunettes Appareil dentaire

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant (ces personnes devront se présenter avec une pièce d'identité) :

Nom et Prénom	Téléphone

Pour toute autre personne, je m'engage à faire connaître l'identité auparavant au responsable de l'accueil de loisirs (cette personne devra se présenter avec une pièce d'identité).

Si exceptionnellement, mon enfant devait quitter l'accueil de loisirs en dehors des horaires de départ, je m'engage à fournir une décharge au responsable de l'accueil de loisirs.

J'autorise mon enfant de plus de 10 ans à quitter seul l'accueil de loisirs à 18h :
oui non

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches 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.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux qui pourraient être avancés.

Date :

Signature du responsable légal :

