FICHE DE LIAISON 2022-2023

DOSSIER

- ☞ des parents ☐
- ☞ de la maman ☐
- ☞ du papa ☐
- ☞ des tuteurs ☐

L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../..../..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Repas : Avec porc ☐ / Sans porc ☐ / Ecole : .....

Classe: .....

Lieu de résidence : Parents ☐ Maman ☐ Papa ☐ Alternée : ☐ Autres : ☐

PARENT 1 ☐ ou TUTRICE ☐

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Profession : .....

Employeur : .....

☎ Travail : ...../...../...../...../.....

☎ Personnel :...../...../...../...../.....

Situation familiale : .....

Adresse mail : .....

PARENT 2 ☐ ou TUTEUR ☐

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Profession : .....

Employeur :.....

☎ Travail : .....

☎ Personnel :...../...../...../...../.....

Situation familiale : .....

Adresse mail : .....

N° d'Allocataire : .....

Régime général : CAF : ou MSA :

Renseignements médicaux obligatoires

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : .....☎ .....

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : OUI NON

Si votre réponse est OUI, vous devez compléter un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I., veuillez-vous rapprocher de la Directrice qui vous expliquera la procédure à suivre.

Votre enfant présente t'il les pathologies suivantes :

Allergies alimentaires NON OUI Préciser : .....

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser : .....

Asthme : NON OUI / DIABETE : NON OUI / EPILEPSIE : NON OUI

Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (de langage, de comportement…) : .....

.....La Directrice peut vous rencontrer sur RDV si vous le souhaitez.

L'enfant suit-il un traitement régulier : NON OUI

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs :

NON OUI Précisez : .....

Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) : .....

.....

.....

Renseignements médicaux obligatoires suite

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

MALADIES	OUI
ANGINE	
COQUELUCHE	
OREILLONS	
OTITE	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
ROUGEOLE	
RUBEOLE	
SCARLATINE	
VARICELLE	

Photographie

J'autorise ☐ ou Je n'autorise pas ☐

Le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'ALSH,à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion, réseaux numériques interactifs ou non, tel qu'internet, par reproduction sur vidéogramme (DVD, CDROM), par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique …).

DECLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e)……responsable légal du mineur……, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH,
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et en avoir reçu une copie,
- J'autorise le directeur de l'ALSH à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences éventuellement sous anésthésie générale, suivant les prescriptions des médecins
- J'autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs et à être transporté en car, minibus ou transport en commun

A ……, le……

Signature(s) *précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »*

PARENT 1 ***PARENT 2*** ***TUTEUR***