

FICHE DE LIAISON 2026-2027

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 :

Régime général (entourez la bonne réponse) : CAF ou MSA
N° d'allocataire CAF :

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 et autres particularités dont 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	

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 anesthésie 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

Fiche des autorisations à compléter

Enfant :

Responsable 1 :

Responsable 2 :

Nous soussignés

AUTORISATIONS AUX SOINS

- AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'Équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

- N'AUTORISE(NT) PAS toutes les informations citées ci-dessus

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

- AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié à des fins d'utilisation par :
(possibilité de rayer un ou plusieurs éléments)

- La structure elle-même (journal interne distribué aux familles, affichage, ...)
- Nos intervenants et partenaires
- Le service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La presse
- Le site Internet
- Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que les photos ou les films reçus ne seront pas utilisés à d'autres usages qu'un usage familial.
La structure s'engage, dans le cas de diffusion extérieure, à ne faire apparaître que les enfants en groupe.

- N'AUTORISE(NT) pas que mon enfant soit filmé et/ou photographié

A _____, le ____ / ____ / _____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des
responsables

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CDAP

- AUTORISE(NT) la direction à consulter et à conserver notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières
- N'AUTORISE(NT) PAS la consultation du site des CDAP

AUTORISATION DE SORTIE

- AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure
- N'AUTORISE(NT) PAS mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure

AUTORISATION DE TRANSPORT EN BUS (Collectivité et prestataire)

- AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport à des fins de sorties pédagogiques
- N'AUTORISE(NT) PAS mon enfant à prendre un moyen de transport à des fins de sorties pédagogiques

ENQUETE STATISTIQUE FILOUE

- AUTORISE(NT) que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje (Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant)
- N'AUTORISE(NT) PAS que des données à caractère personnel soient transmises à la CNAF

A _____, le ____ / ____ / _____

mention "Lu et Approuvé"
Signature et nom des
responsables

**CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT :
Personnes Autorisées**

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité

NOM - PRENOM	VILLE DE RESIDENCE	NUMERO DE TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A _____, le ____ / ____ / _____

mention "Lu et Approuvé"
Signature et nom des
responsables

Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles

L'établissement MAIRIE HUISSEAU SUR COSSON collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel DominoWeb. Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e)

Responsable légal de/des enfant(s)
.....

accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants*

Veillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données.

* En cas de refus, veuillez vous adresser à MAIRIE HUISSEAU SUR COSSON.

Fait le : _____ Signature _____

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante :

**MAIRIE HUISSEAU SUR COSSON
253 Route de Chambord
41350 HUISSEAU SUR COSSON**