

FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant dans de bonnes conditions et pour une prise en charge médicale efficace. Si vous avez noté des recommandations particulières, pensez à le redire à l'animateur (allergies alimentaires, problème de santé...). Aucune réservation ne sera prise en compte avant la réception de cette fiche de liaison et des documents annexes qui doivent la compléter.

VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : Garçon Fille
Ecole :
Classe : Nom du maître / maîtresse :

RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal 1 = adresse de facturation

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lien de parenté (père, mère...) :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Profession :
N° téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __
N° téléphone travail : __ / __ / __ / __ / __
N° téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __
Mail :

Responsable légal 2

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lien de parenté (père, mère...) :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Profession :
N° téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __
N° téléphone travail : __ / __ / __ / __ / __
N° téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __
Mail :

**Attention ! Les beaux parents doivent être indiqués uniquement dans la rubrique « personne autorisée à venir chercher l'enfant »*

Nom du médecin traitant : N° tel médecin : __ / __ / __ / __ / __

Personne à proximité à prévenir en cas d'urgence si difficulté à vous joindre (nom et n° de tel) :
.....

Caisse d'allocations familiales de (préciser CAF, MSA ou autre). Si non CAF, joindre un justificatif de quotient familial

N° allocataire :

Responsabilité civile couvrant l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccination (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

Vaccins obligatoires* <i>uniquement pour les enfants nés à partir de 2018</i>	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels
Diphtérie		Infection invasive pneumocoque*	
Tétanos		Méningocoque de sérotype C*	
Poliomyélite		Rougeole, oreillon, rubéole*	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Infection invasive Haemophilus*			

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, précisez lequel :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? (Entourer la réponse)

Asthme : Oui Non - Alimentaires : Oui Non - Médicaments : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ou d'un PAI lié au handicap (projet d'accueil individualisé) ou d'un PAP (plan d'accompagnement personnalisé) :

Si oui, merci de joindre le justificatif

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? Oui Si oui, joindre une copie Non.

AUTORISATION

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non

Désignation des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en plus des responsables légaux)

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone

Autorisations

- J'autorise la structure à prendre des photos et/ou vidéos de mon enfant lors des activités périscolaires pour des publications liées au périscolaire : Oui Non
- J'autorise le personnel administratif à consulter la base allocataire CAFPRO afin de connaître mon quotient familial pour fixer le tarif me concernant : Oui Non

Nb : En cas de refus, le tarif appliqué sera le maximum.

- J'autorise le personnel de la structure à administrer des médicaments, dans le cadre d'un traitement médical et sur la base de l'ordonnance et des médicaments fournis : Oui Non
- J'autorise la structure à me transmettre par mail les factures, attestation de frais de garde et relances d'impayés :
Oui Non

La signature de la fiche de liaison vaut acceptation du règlement intérieur et des points suivants :

- J'autorise la structure à saisir et à stocker les informations personnelles
- J'autorise la structure à saisir et à stocker les informations médicales
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités à l'intérieur et à l'extérieur de la structure

Je soussigné(e), Mme, M responsable légal de l'enfant cité ci-dessus,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- M'engage à informer l'accueil périscolaire de toutes modifications survenant au cours de l'année, dans les meilleurs délais
- Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère

Signature du père

Nb : En cas de séparation, si chaque parent fait un dossier, les deux signatures ne sont pas obligatoires.

Rappel des documents à joindre :

- La fiche individuelle de liaison
- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation de responsabilité civile couvrant l'enfant
- L'attestation d'allocataire CAF ou MSA en fonction du régime auquel vous appartenez.
- RIB si paiement par prélèvement (Pour des questions de simplicité, merci de privilégier ce moyen de paiement)
- Le cas échéant, le projet d'accueil individualisé (PAI)