

FICHE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐
 Ecole :
 Lieu de résidence : Parents : ☐ Maman : ☐ Papa : ☐ Alternée : ☐ Autres : ☐

MAMAN ☐ ou TUTRICE ☐

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Profession :
 Employeur :
 ☎ travail :
 ☎ perso :
 Situation familiale :
 N° Sécurité Sociale :

PAPA ☐ ou TUTEUR ☐

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Profession :
 Employeur :
 ☎ travail :
 ☎ perso :
 Situation familiale :
 N° Sécurité Sociale :

N° d'Allocataire : Bénéficiaire : Maman : ☐ Papa : ☐
 Quotient Familial CAF : Régime général : CAF : ☐ ou MSA : ☐
 ADRESSE MAIL FAMILLE :



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) :

VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS : Diphthérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si les parents sont injoignables)

- Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :
- Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :
- Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :

AUTORISATION DE SORTIE

- ☐ J'autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs de Payrac
- ☐ Mon enfant ne peut pas rentrer seul chez lui ; liste des personnes autorisées à venir le récupérer au centre (en dehors des responsables légaux) :
 - Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :
 - Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :
 - Nom, prénom, téléphone, lien de parenté :

PHOTOGRAPHIE

- ☐ J'autorise
- ☐ Je n'autorise pas

le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité du centre, à diffuser ces œuvres sur les réseaux numériques tel qu'Internet et/ou par support imprimable (presse écrite, brochure...).

DECLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e) responsable légal du mineur,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- ✓ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs,
- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs et accepter les termes,
- ✓ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre et à être transporté en car, minibus ou transport en commun. Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport,
- ✓ J'autorise mon enfant à concevoir et consommer des préparations culinaires sur place,
- ✓ Autorisation d'hospitalisation : je donne pouvoir au responsable du centre, ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence,
- ✓ Autorisation d'intervention chirurgicale : en cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à Payrac, le *Signature(s) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »*

PERE

MERE

TUTEUR

CENTRE DE LOISIRS

Ecole élémentaire 46350 - PAYRAC

Tél. : 05 65 37 95 05 OU 06 40 06 56 23

Mail : centreaere.payrac@gmail.com
