



PHOTO

## FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON ACCUEIL PERISCOLAIRE – CENTRE DE LOISIRS

### ENFANT

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
 Date de naissance ..... lieu de naissance : .....  
 20...../20..... Ecole : ..... Maître(esse) : .....  
 20...../20..... Ecole : ..... Maître(esse) : .....  
 20...../20..... Ecole : ..... Maître(esse) : .....  
 20...../20..... Ecole : ..... Maître(esse) : .....

### NOMS DES PERSONNES EXERCANT L'AUTORITE PARENTALE :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
 Adresse : ..... Commune .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. travail : .....  
 Portable ..... Mail ..... @ .....  
 N° de sécurité sociale : ..... Profession .....  
 ..... Employeur .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
 Adresse (si différente) : ..... Commune .....  
 Portable ..... Mail ..... @ .....  
 Tél. Domicile : ..... Tél. travail : .....  
 N° de sécurité sociale : ..... Profession .....  
 ..... Employeur .....

**En cas de séparation ou de divorce**, indiquez à l'équipe d'animation quelles sont les dispositions arrêtées en matière d'exercice de l'autorité parentale notamment quant à la résidence de l'enfant.

### REGIME D'ALLOCATIONS

Nom de l'**AYANT DROIT** : ..... Quotient\* : .....  
 Régime (CAF, MSA, autres) : .....  
 N° d'allocataire (**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**) : .....

\* Veuillez fournir votre justificatif d'allocation

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT :

Nom du médecin traitant de l'enfant : .....  
 Commune : ..... Tel : .....  
 Actuellement l'enfant suit-il un traitement : Non  Oui   
 Lequel ? .....  
 Projet d'accueil individualisé : Non  Oui

### INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :

(maladies, allergies, asthme, régime alimentaire personnalisé pour raison médicale et toute autre information importante.)

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

### ASSURANCE

Mutuelle ou assurance complémentaire : .....  
 Assurance Extra scolaire n° \* : .....

\* Veuillez fournir votre attestation d'assurance extra-scolaire obligatoire (la même que celle fournie à l'établissement scolaire)

**VACCINS PRATIQUES**

|                                     |  |                              |  |
|-------------------------------------|--|------------------------------|--|
| DT Polio ou Tétracoq :<br>Rappels : | Date : ____/____/____<br>Date : ____/____/____ | BCG :<br>Rappels :           | Date : ____/____/____<br>Date : ____/____/____ |
| ROR :<br>Rappels :                  | Date : ____/____/____<br>Date : ____/____/____ | Autre vaccins :<br>Rappels : | Date : ____/____/____<br>Date : ____/____/____ |

**Personnes autorisées à venir chercher votre enfant si empêchement de votre part <sup>1</sup> :  
(à compléter obligatoirement)**

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

**Enfant rentrant seul \*  Trajet domicile / Centre de Loisirs <sup>1</sup>**

Monsieur / Madame .....

Autorise l' (les) enfant(s) .....

à effectuer le trajet seul (s) heure d'arrivée : ..... Heure de départ : .....

**Personnes à avertir en cas d'accident, si absence de votre part :  
(à compléter obligatoirement)**

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

**Autorisations** (possibilité de rayer les mentions non autorisées)

Monsieur / Madame .....

Autorise l' (les) enfant(s) .....

- Dans le cadre des activités réalisées au **Centre les Zébulons** par les enfants, la diffusion de textes, de photographies (presse locale et site web), d'enregistrements sonores ou de création de toute nature, concernant mon (mes) enfant (s) dans un but strictement pédagogique.
- À participer aux sorties baignades
- A voyager en voiture individuelle si la situation se présente
- A être pris en charge pour toute intervention médicale d'urgence

**En début de chaque année scolaire, les titulaires de l'autorité parentale devront obligatoirement signer la fiche de liaison après vérification et modification.**

## DECLARATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE :

Je soussigné (e) Monsieur ....., Madame ....., parent (s) de l'enfant ....., déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués sur la fiche de liaison et autorise l'équipe d'animation du **centre de loisirs Les Zébulons** à prendre le cas échéant, **toutes mesures (hospitalisations, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Signatures OBLIGATOIRES d'au moins 1 des titulaires de l'autorité parentale :

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Année scolaire 20...../20.....     | Année scolaire 20...../20.....     |
| Fait le : ..... Signatures : ..... | Fait le : ..... Signatures : ..... |
| Année scolaire 20...../20.....     | Année scolaire 20...../20.....     |
| Fait le : ..... Signatures : ..... | Fait le : ..... Signatures : ..... |

\* veuillez cocher la case si votre enfant est concerné.

<sup>1</sup> Durant le trajet, le ou les enfants sont sous la responsabilité des parents ou de l'accompagnateur