

FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

M

F

Documents obligatoires à fournir :

Photocopie des vaccinations, attestation employeur, justificatif de quotient familial Caf OU MSA et règlement intérieur daté et signé.

Renseignements médicaux de l'enfant

Vaccins obligatoires	Dates dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
DIPHTERIE		COQUELUCHE	
TETANOS		HEPATITE B	
POLIO		RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
Ou DT POLIO		BCG	
Ou TRETACOQ		AUTRES (préciser)	

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez la case lorsque c'est le cas)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSE Oui Non

ASTHME Oui Non

ALIMENTAIRE Oui Non

AUTRES : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir le PAI, Projet d'accueil individualisé)

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et la conduite à tenir :

.....

L'enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? Oui Non

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèses, troubles fréquents...) :

.....

Nom du médecin traitant : _____

N° de téléphone : _____

<u>Responsable 1</u>	<u>Responsable 2</u>
Nom et prénom : _____	Nom et prénom : _____
Adresse complète : _____	Adresse complète : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Tél travail : _____	Tél travail : _____
Tél portable : _____	Tél portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
N° de sécurité sociale : _____	N° de sécurité sociale : _____
N° d'allocataire CAF/MSA : _____	N° d'allocataire CAF/MSA : _____
Nom et N° de contrat d'assurance : _____	Nom et N° de contrat d'assurance : _____

Autorisations parentales

J'autorise les personnes listées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel : _____ Nom
: _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel : _____ Nom
: _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel : _____

Personne à contacter en priorité en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tel : _____

J'autorise mon enfant :

- A sortir de l'accueil de loisirs quand l'activité le nécessite. (Transport y compris).
- A être photographié/filmé par le personnel du CIAS (équipe d'animation, responsable communication...) lors des activités.
- Je donne l'autorisation de diffuser les photographies ou images filmées de mon enfant pour les usages suivants :
 - Publication éventuelle dans les outils de communication (magazine, site web...) de la collectivité ou dans la presse.
 - Expositions photographiques lors d'évènements liés aux activités du centre.

Je souhaite avoir accès au portail famille du logiciel "Innoenfance", utilisé dans le cadre des inscriptions et de la facturation.

Un e-mail valide est nécessaire pour l'accès à ce service. Oui Non

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant : _____
_____ déclare exacts les renseignements portés sur
cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à contacter les services de santé qui détermineront les
mesures nécessaires à suivre en fonction de l'état de l'enfant.

Fait à : _____ Date : _____

Signature Responsable 1 (lu et approuvé) :

Signature Responsable 2 (lu et approuvé) :