



FICHE de LIAISON 2018-2019

Identifiant CAF	
- de 6 ans	+ de 6 ans

1 ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille Sieste : oui non

2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse :
.....
Téléphone : - domicile	Téléphone : - domicile
- portable	- portable
- bureau	- bureau
Mail :	Mail :

Adresse de facturation :

Numéro d'allocataire CAF (obligatoire) : Parent allocataire :

Employeur : Quotient familial (obligatoire) :

3 DEPART DE L'ENFANT

- rentre seul
- est confié à l'adulte qui vient le chercher (voir page 2)

4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM et TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSE Oui Non
ALIMENTAIRE Oui Non AUTRES :

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si traitement, le signaler) :

.....

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) A INDIQUER ICI EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

.....
.....
.....

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL pendant le séjour : oui non

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

5 VACCINATIONS

Joindre une photocopie des pages vaccination du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication temporaire ou permanent à la vaccination.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

6 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ :

.....

Votre enfant doit faire la sieste : oui non

Je soussigné *responsable légal de l'enfant* :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre de loisirs du FJEP d'Orcet et m'engage à le respecter.

autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant oui non

autorise le FJEP à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs à l'Accueil de Loisirs dans ses publications (papier et Internet), oui non

autorise le FJEP à transporter mon enfant en bus, tramway, train ou voiture lors de sorties signalées oui non

autorise le FJEP à transporter mon enfant en voiture pour le conduire aux activités du FJEP oui non

atteste que mon enfant est assuré :

A noter : l'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages que votre enfant causera aux autres. Si votre enfant est victime d'un accident qu'il a provoqué seul, la responsabilité civile ne fonctionne pas. Une assurance individuelle est indispensable pour les activités extrascolaires. Renseignez-vous auprès de votre assureur ou de l'école.

j'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Date :

Signature :