



<input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> Photos <input type="checkbox"/> Transports <input type="checkbox"/> Baignade <input type="checkbox"/> CDAP	Adhésion 7/8€ individuelle ou 10/12€ familiale réglée le ..... <input type="checkbox"/> Fiche saisie sur Noé
--	---

# Fiche de liaison

## SECTEUR ENFANCE

### Année scolaire 2024-2025

#### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Fille  Garçon

Ecole fréquentée : .....

N° sécurité sociale : .....

#### RESPONSABLES LEGAUX

<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<u>Parent 1/</u> <input type="checkbox"/> Tuteur	<u>Parent 2</u>
Nom : .....	.....	.....
Prénom : .....	.....	.....
Adresse : .....	.....	.....
Code postal : .....	.....	.....
Ville : .....	.....	.....
Téléphone fixe : .....	.....	.....
Téléphone portable : .....	.....	.....
Profession : .....	.....	.....
Téléphone travail : .....	.....	.....
Adresse mail (mère OU père) : .....		
Allocataire : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé		
N° allocataire : .....    Quotient familial : .....    Date : .....		

**Autre personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : ..... Téléphone : .....

## MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Si oui, merci de 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 sera donné ou pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

L'enfant est-il allergique ou asthmatique :

	OUI		OUI
Rubéole		Scarlatine	
Coqueluche		Rougeole	
Varicelle		Otite	
Angine		Oreillons	
Rhumatisme articulaire aigu		Purpura	
Autres (préciser) :			

	OUI	CAUSE
Asthme		
Médicaments		
Alimentaire		
Maquillage		
Autres (préciser) :		

**Précisez les signes évocateurs de l'allergie et la conduite à tenir (*si besoin, joindre certificat médical*) :**

**Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

**Y a-t-il une une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?**  Non  Oui

Si oui : précisez : .....

## SANTE

Il est **obligatoire** de **fournir une photocopie des vaccinations** de l'enfant lors de la première inscription de l'année, et à chaque mise à jour.

Pour être admis à l'accueil de loisirs, votre enfant doit **obligatoirement être à jour du calendrier vaccinal**. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, il est impératif de **fournir un certificat médical de contre-indication**.

## RECOMMANDATIONS UTILES

- L'enfant porte-t-il des lunettes ?  Oui  Non Précisions : .....
- L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?  Oui  Non Précisions : .....
- L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?  Oui  Non Précisions : .....

## REGIME ALIMENTAIRE

- Sans restriction  Sans porc  Végétarien  Sans poisson
- P.A.I. :  allergie  intolérance aux aliments suivants : .....
- .....
- Autre : .....

## HABITUDES ET BESOINS DE L'ENFANT

- L'enfant fait-il la sieste ?  Oui →  Systématiquement  Selon son état de fatigue  
 Non, jamais
- L'enfant a-t-il un rituel particulier, un besoin ?  Oui → Lequel ? .....
- Non
- L'enfant a-t-il des peurs, des phobies ?  Oui → Lesquelles ? .....
- Non

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Toute information nous permet de mieux connaître votre enfant et de contribuer à son bien-être. Merci de nous signaler ce qui vous paraît important (*situation familiale particulière, garde alternée, décès d'un proche, troubles de comportement, difficultés, besoins particuliers ...*)

.....

.....

.....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), .....,  
responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de l'accueil de loisirs/ du séjour à prendre, dans le cas échéant, toutes les mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

- Oui  Non

Signature du tuteur légal

## AUTORISATION CAF PRO - CDAP

J'autorise les professionnels du Centre Socioculturel du Douessin à consulter directement mon quotient familial CAF via le service « consultation des données Allocataires par le Partenaire » (CDAP)

Oui  Non *(Si non, fournir obligatoirement un justificatif du quotient familial à jour)*

## AUTORISATION RGPD (données personnelles)

Les données personnelles recueillies par le biais de cette fiche de liaison sont enregistrées sur le logiciel de gestion AIGA-Noé, permettant le suivi des inscriptions, de la facturation et des différentes statistiques demandées par nos partenaires-financeurs. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Vous pouvez demander la suppression de vos données auprès du secrétariat du CSC.

## AUTORISATION BAIGNADE

J'autorise mon enfant à se baigner :  Oui  Non  
Mon enfant sait nager :  Oui  Non  En cours d'apprentissage

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à réaliser et à utiliser des images et des vidéos de groupe prises dans le cadre d'activités et de sorties et représentant mon enfant (presse, documents d'AG... ). En aucun cas, l'image ne portera atteinte à la dignité de votre enfant, l'objectif étant de valoriser notre action.

Oui  Non

## AUTORISATION-INTERDICTION DE SORTIE

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant :

- Autorise à **recupérer mon enfant** :
  - M. ou Mme .....,
  - M. ou Mme .....,
  - M. ou Mme .....,
- **Interdit à la structure de confier mon enfant à** .....  
*(dans le cas d'interdiction stipulée dans un jugement, fournir une photocopie).*

*Aucun enfant ne sera autorisé à partir seul. La présence d'une personne âgée de 15 ans et plus est obligatoire, pour des raisons de sécurité et de responsabilité. Une décharge devra être fournie au préalable, par les parents.*

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche de liaison.
- avoir lu le règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### RAPPEL :

La fiche de liaison est valable de septembre à août. Elle doit être réactualisée une fois par an, et tenue à jour.

**Aucun enfant ne sera accepté dans l'accueil de loisirs sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au secrétariat ou à la responsable de l'accueil de loisirs.**

Le responsable légal de l'enfant doit informer la responsable de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche de liaison.