



**ANNEE SCOLAIRE 2019-2020**



**FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON CENTRES DE LOISIRS**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant dans de bonnes conditions et pour une prise en charge médicale efficace. Si vous avez noté des recommandations particulières, pensez à le redire à l'animateur (allergies alimentaires, problème de santé...). Cette fiche doit être remise à la SPL au plus tard le 1<sup>er</sup> jour d'accueil de votre enfant.*

**VOTRE ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Garçon  Fille

Ecole : .....

Classe : ..... Nom du maître / maîtresse : .....

**RESPONSABLE LEGAL**

**Responsable légal 1 = adresse de facturation**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté (père, mère...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : .....

N° téléphone domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : .....

**Responsable légal 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté (père, mère...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : .....

N° téléphone domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : .....

Nom du médecin traitant : ..... N° tel médecin : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Personne à proximité à prévenir en cas d'urgence si difficulté à vous joindre (nom et n° de tel) :  
.....

Caisse d'allocations familiales de : .....(préciser CAF, MSA ou autre). Si non CAF, joindre un justificatif de quotient familial

N° allocataire : .....

Mutuelle (nom et adresse) : .....

N° Mutualiste : .....

Responsabilité civile couvrant l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin : .....

**Vaccination (se référer au carnet de santé de l'enfant) :**

Vaccins obligatoires <i>*uniquement pour les enfants nés à partir de 2018</i>	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels
Diphtérie		Infection invasive pneumocoque*	
Tétanos		Méningocoque de sérogroupe C*	
Poliomyélite		Rougeole, oreillon, rubéole*	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Infection invasive haemophilus*			

**L'enfant suit-il un traitement médical?** Si oui, précisez lequel : .....

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il des allergies?** (entourer la réponse)

Asthme :    Oui    Non    -    Alimentaires :    Oui    Non    -    Médicaments :    Oui    Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
 .....

**L'enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ou d'un PAI lié au handicap (projet d'accueil individualisé) ou d'un PAP (plan d'accompagnement personnalisé) :**

Si oui, merci de joindre le justificatif

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI ? Oui    Si oui, joindre une copie    Non.

### AUTORISATION

J'autorise mon enfant à rentrer seul :    Oui    Non    .

Si oui, préciser l'heure de départ de votre enfant du centre de loisirs : .....

Uniquement pour l'accueil périscolaire de Véranne est ce que votre enfant est amené à prendre la navette ?

Oui    Non

**Désignation des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en plus des responsables légaux)**

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone

#### **Autorisations**

- J'autorise la structure à prendre des photos et/ou vidéos de mon enfant lors des activités du centre de loisirs pour des publications liées au centre de loisirs : Oui    Non
- J'autorise le personnel administratif à consulter la base allocataire CAFPRO afin de connaître mon quotient familial pour fixer le tarif me concernant : Oui    Non

*Nb : En cas de refus, le tarif appliqué sera le maximum.*

- J'autorise le personnel de la structure à véhiculer dans les conditions de sécurité en vigueur mon enfant lors des activités : Oui                  Non
- J'autorise le personnel de la structure à administrer des médicaments, dans le cadre d'un traitement médical et sur la base de l'ordonnance et des médicaments fournis : Oui                  Non
- J'autorise le personnel de la structure à administrer de l'homéopathie (en cas de fièvre ou chute) dans le cadre du protocole en vigueur applicable dans la structure et validé par le médecin référent de la SPL :  
Oui                  Non
- J'autorise la structure à me transmettre par mail les factures, attestation de frais de garde et relances d'impayés : Oui                  Non
- J'autorise la structure à saisir et à stocker les informations personnelles
- J'autorise la structure à saisir et à stocker les informations médicales
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités à l'intérieur et à l'extérieur de la structure

Je soussigné(e), Mme, M., responsable légal de l'enfant cité ci-dessus,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- m'engage à informer le centre de loisirs de toutes modifications survenant au cours de l'année, dans les meilleurs délais
- atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Fait à .....

Le .....

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

Signature du père

Signature de la mère

*Nb : En cas de séparation, si chaque parent fait un dossier, les deux signatures ne sont pas obligatoires.*

Rappel des documents à joindre :

- La fiche individuelle de liaison
- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation de responsabilité civile couvrant l'enfant
- L'attestation d'allocataire CAF si vous n'êtes pas ressortissant de la Loire
- L'attestation d'allocataire MSA si vous relevez de ce régime
- Le mandat de prélèvement SEPA + RIB si paiement par prélèvement (Pour des questions de simplicité, merci de privilégier ce moyen de paiement)
- Pour un accueil périscolaire : chèque de garantie de paiement de 50 € si paiement autre que prélèvement
- Le cas échéant, le projet d'accueil individualisé (PAI)

*Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la SPL du Pilat Rhodanien pour la bonne prise en charge de l'accueil de votre enfant. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et à la RGPD, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à la SPL du Pilat Rhodanien. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.*