

# FICHE DE LIAISON

## RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES 2024/2025

<b>NOM et PRENOM de l'enfant</b> _____ <b>DATE ET LIEU de NAISSANCE :</b> _____ à _____ <b>ECOLE FREQUENTEE :</b> _____ <b>CLASSE :</b> _____
--

**Nom et prénom du père :** \_\_\_\_\_ **email :** \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Tel bureau : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom de la mère :** \_\_\_\_\_ **email :** \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Tel bureau : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

Situation des parents : Célibataires, vie maritale, mariés, divorcés, séparés, veufs, pacsés (Rayer les mentions inutiles)

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**  Père  Mère  Les deux  Autre : .....

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone d'urgence \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Numéro de Caisse d'Allocation Familiale \_\_\_\_\_

### **INSCRIPTIONS :**

Restauration scolaire  Accueil du Matin  Accueil du Soir

Mercredi

### **Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2

### **Personnes autorisées à récupérer votre enfant ( autres que le responsable légal ) sur présentation d'une pièce d'identité**

Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT : \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

INDIQUEZ LES PROBLÈMES DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

---

---

---

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  OUI /  NON

EN CAS D'ALLERGIES OU DE PROBLÈMES MÉDICAUX, PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR. UN PAI DEVRA IMPÉRATIVEMENT ÊTRE MIS EN PLACE POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

---

---

DEMANDE DE MISE EN PLACE D'UN PANIER REPAS DANS LE CADRE D'UN PAI :

- PARTIEL
- TOTAL

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

---

---

VOTRE ENFANT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ (précisez la cause et la date)

---

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

**MÉDECIN TRAITANT** : NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

---

---

### INFORMATIONS DIVERSES

**CHOIX ALIMENTAIRE A LA RESTAURATION** : (rayer les mentions inutiles)

- Pas de traitement spécial
- Repas sans porc
- Repas sans viande

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs, transports compris.

J'accepte que mon enfant soit photographié, ou filmé pour une éventuelle parution dans le Journal Municipal ou sur le site internet de la commune dans un but non lucratif. En cas de refus, joindre un courrier le précisant.

Je soussigné M. ou Mme \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (prise de température, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à VILLENEUVE LE COMTE le

Signature du représentant légal