

FICHE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES 2026/2027

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

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 Étude dirigée

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