

FICHE DE LIAISON



Cette fiche de liaison est un document obligatoire pour permettre l'accueil de votre enfant sur les services Péri-scolaires : matin, midi, et soir, le Centre de loisirs Mercredis et Vacances. Elle doit être obligatoirement complétée, signée, et rendue au service Péri-scolaire ou en Mairie.

NOM	Accueils de Loisirs	
PRENOM	PERISCOLAIRE matin, midi, soir	
Date de Naissance	CENTRE DE LOISIRS mercredi, vacances.	
ECOLE FREQUENTEE	O Donjons	O Meillottes O Autres :
	Parent 1	Parent 2
Nom :		
Prénom :		
Adresse du Domicile :		
Tel. Portable		
Adresse Mail		
Tierces personnes autorisées à venir chercher l'enfant		
NOM	PRENOM / Lien avec l'enfant	TELEPHONE

En cas de divorce ou de situation particulière (interdiction parentale), vous devez nous joindre l'extrait de jugement.

Autorisation de Sortie tout seul : OUI O NON

NOM + N° de police d'assurance extrascolaire :

N° de Sécurité sociale :

Régime Alimentaire : Cochez la case de votre choix définie pour toute l'année

O Menu classique : 4 repas avec viande ou poisson et 1 repas végétarien par semaine.

O Menu « sans porc » : 4 repas avec viande avec substitution les jours de viande de porc, et 1 repas végétarien par semaine

O Menu végétarien « sans viande, sans poisson » : 5 repas végétariens par semaine.

J AUTORISE MON ENFANT					
1- A participer à toutes les activités des accueils de loisirs	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	
2- A être transporté(e) lors des sorties quel que soit le transport.	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	
3- A des rencontres à l'Ecole des Meillottes et des Donjons	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	
4- A être pris en photo ou en vidéo. L'usage des images se feront par diffusion aux familles, dans la cadre d'un usage familial.	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	
VACCINS * Ecrire les dates ou fournir les photocopies du carnet de santé.					
DTP / Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			Date :		
Hépatite B			Date :		
ROR / Rubéole, Oreillon, Rougeole			Date :		
BCG			Date :		
RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT					
Rubéole	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	Rhumatisme <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Varicelle	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	Scarlatine <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Angine	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	Coqueluche <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Otites	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	Asthmes <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Rougeoles	<input type="radio"/>	OUI	<input type="radio"/>	NON	Oreillons <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
TRAITEMENT MEDICAUX					
L'enfant suit-il un traitement médical ?			Si OUI, Nous fournir l'ordonnance et le médicament dans un sachet noté au Nom de l'enfant.		
L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires, ou médicamenteuses ?			Si oui Laquelle ?		
PAI : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE					
L'enfant a-t-il un PAI ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON			Si Oui, fournir 2 kits (médicament + PAI + ordonnance) pour <u>le périscolaire</u> et pour <u>le centre de loisirs</u> si l'enfant fréquente ces 2 accueils distincts.		
L'enfant est-il en situation de handicap ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON			Si Oui, fournir une copie de l'attestation MDPH et prendre RDV avec le Responsable de l'accueil de loisirs. Etes-vous en cours de demande MDPH ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		

A Soisy sur seine, Le

- ✓ Je m'engage à prévenir la Responsable périscolaire, ou Directrice du Centre de Loisirs en cas de changement.

Signatures des Parents :