

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mme, M. :

Représentant légal de l'enfant :

Déclare autoriser les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'Accueil de Loisirs HARMONIE : (Préciser Nom-prénom-numéro de téléphone et lien avec l'enfant) :

-

-

-

-

-

Donne mon autorisation pour la pratique des activités proposées par l'ALP et l'ALSH

OUI NON

Autorise la directrice de l'accueil ou son adjoint(e) à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident OUI NON

Certifie avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur des Accueils de Loisirs
OUI NON (Téléchargeable sur le site de Clapiers)

Autorise la mairie de Clapiers à utiliser sur les supports municipaux, les photographies de mon enfant qui pourraient être prises pendant l'ALP ou l'ALSH OUI NON

Autorise mon enfant à partir seul (à partir du CE2) : OUI NON

Indiquer les jours et heures :

.....

.....

Fait à Clapiers, le

Nom et signature des deux représentants légaux :

Madame :

Monsieur :



FICHE DE LIAISON 2024-2025

ALP*/ ALSH* « HARMONIE » 6/12 ans
(du CP au CM2)

Photo

La fiche de liaison est à renseigner, en complément de l'inscription sur le portail famille. Elle est obligatoire pour toute inscription aux ALP/ALSH. Elle est valable toute l'année. Néanmoins, merci de bien vouloir nous informer de tout changement de situation : coordonnées, personnes autorisées à venir chercher l'enfant...

Nom Prénom de l'enfant

Classe de : Enseignant(e) :

Ecole :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père

en alternance autre (préciser) :

Nom et prénom des responsables de l'enfant :
(Fournir une photocopie recto verso de la pièce d'identité)

Mère ou Parent 1 :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Père ou Parent 2 ::

Adresse (si différente) :

.....

Téléphone :

Courriel :

Numéro CAF :

Nom et numéro de la compagnie d'assurance :

.....

*ALP : Accueil de Loisirs Périscolaire

*ALSH : Accueil de Loisirs Sans Hébergement

1 – VACCINATIONS :

Joindre obligatoirement un document attestant les vaccinations à jour de l'enfant. (Certificat médical ou copie du carnet de vaccinations)

Joindre un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---	--	--	--

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

MIGRAINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--

ALLERGIES : Médicamenteuse : OUI NON
Alimentaire : OUI NON
Autre :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : OUI NON

Joindre le protocole et toutes informations utiles

.....
.....
.....

INDIQUEZ ci-dessous, les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en **précisant les précautions à prendre :**

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

(A renseigner obligatoirement)

- ✓ Votre enfant porte-t-il des lentilles : OUI NON
✓ Des lunettes* : OUI NON
✓ Des prothèses auditives* : OUI NON
✓ Des prothèses ou appareil dentaire* : OUI NON

**au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

✓ Autres recommandations, informations concernant votre enfant que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe :

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :