

## 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'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 :** 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

ALSH\* « HARMONIE + » 12 /17 ans  
(A partir de la 6<sup>ème</sup>)

Photo

La fiche de liaison est à renseigner, en complément de l'inscription sur le portail famille. Elle est obligatoire pour toute inscription aux 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 :** .....

.....

\*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<br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--|--|

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

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