



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

Réservé à Planète Récré

FS réceptionnée parle..... saisie parle contrôlée parle.....
CM réceptionné parle

L'ENFANT

(1) L'acte de jugement ou tout autre document officiel de garde doit nous être fourni

Nom : Prénom : Fille Garçon
 Né(e) le : Ecole fréquentée :
 Lieu de naissance : Département ou pays :

N° de Sécurité Sociale du parent sous lequel l'enfant est assuré:
 /

COMPOSITION DU FOYER FISCAL

REPRESENTANT LEGAL 1 (personne redevable de la facturation)
 Madame Monsieur Lien de parenté : Mère Père Autre :
 Situation familiale: Marié(e) Divorcé(e)⁽¹⁾ Séparé(e)⁽¹⁾ Veuf(ve) Personne seule Union libre Pacsé(e)

Nom : Prénom:.....
 Adresse : Code Postal : Commune.....
 Date de naissance: Profession : Employeur
 CDI CDD Intérim Congé parental en cours ou prévu de à..... autre
 Adresse e-mail:.....@.....
 Domicile Portable Professionnel
 Régime : CAF MSA Autres Numéro Allocataire CAF :

CONJOINT DU REPRESENTANT LEGAL 1
 Madame Monsieur Lien de parenté : Mère Père Autre :
 Nom : Prénom:.....
 Adresse : Code Postal : Commune.....
 Date de naissance: Profession : Employeur
 CDI CDD Intérim Congé parental en cours ou prévu de à..... autre
 Adresse e-mail:.....@.....
 Domicile Portable Professionnel
 Régime : CAF MSA Autres Numéro Allocataire CAF :

REPRESENTANT LEGAL 2 (à ne remplir qu'en cas de séparation ou divorce)

Madame Monsieur Lien de parenté : Mère Père Autre :
 Situation familiale: Marié(e) Divorcé(e)⁽¹⁾ Séparé(e)⁽¹⁾ Veuf(ve) Personne seule Union libre Pacsé(e)

Nom : Prénom:.....
 Adresse : Code Postal : Commune.....
 Date de naissance: Profession : Employeur
 CDI CDD Intérim Congé parental en cours ou prévu de à..... autre
 Adresse e-mail:.....@.....
 Domicile Portable Professionnel
 Régime : CAF MSA Autres Numéro Allocataire CAF :

COMPOSITION DE LA FAMILLE

 Nombre total d'enfants: (noter uniquement les enfants qui sont à votre charge)

| Nom | Prénom | Date de naissance | Ecole, collège, lycée, autre... |
|-----|--------|-------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PERSONNES MAJEURES (AUTRE QUE LES PARENTS)

à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant (ex: beau-père, grands-parents, voisins,...)

ATTENTION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

| Nom et prénom | Téléphone | Lien avec l'enfant | Urgence ⁽²⁾ | Autorisée de manière ⁽²⁾ | |
|---------------|-----------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------|
| | | | | permanente | occasionnelle |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone : _ _ _ _ _



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Est-ce que votre enfant présente des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres? Suit-il un traitement de fond? asthme?

.....

.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant fait-il habituellement la sieste? A-t'il un régime alimentaire spécifique (intolérance alimentaire, sans bœuf, sans porc, ...) et si oui lequel? Etc.

.....

.....

MÉDECIN SPÉCIALISTE, (allergologue, pneumologue...)

A renseigner obligatoirement en cas d'allergie alimentaire ou de troubles respiratoires (asthme...)

Nom :

Spécialité :

Téléphone : _ _ _ _ _

AUTORISATION

Pour les sorties ou activité piscine:

J'autorise mon enfant à se baigner : oui non

Je certifie que celui-ci :

- Sait nager sur plus de 50m sans poser pied
- Se déplace sur plus de 25m dans l'eau avec accessoires de flottabilité
- Ne sait pas nager

TRAITEMENT MEDICAL

Seuls les traitements associés à un Projet d'Accueil Individualisé (allergie, asthme...) ou à un protocole propre à la structure (hyperthermie) pourront être administrés aux enfants accueillis en cas de nécessité.

Toutefois, les parents qui le désirent peuvent se rendre dans la structure pour administrer eux-mêmes le traitement de leur enfant.

Les parents doivent tenir la responsable informé des médicaments administrés durant les heures qui précèdent l'arrivée en structure, ceci pour éviter tout surdosage.

AUCUNE AUTOMÉDICAMENTATION N'EST AUTORISÉE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.

- J'autorise la Responsable ou les Responsables Adjointes de l'Accueil de Loisirs à donner un antipyrétique à base de paracétamol en cas de fièvre (selon le protocole du règlement de fonctionnement), à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer l'intégralité des frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à envoyer les factures, les brochures et autres informations par mail du Représentant Légal 1
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant, pour ses supports d'information dont son site Internet.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais d'inscription m'incombant. En cas de non-paiement des frais de garde, l'enfant peut être radié de la structure après avis du Président. Toute somme non payée à l'échéance donnera lieu à paiement de pénalités de retard fixées à une fois et demie le taux d'intérêt légal. Ces pénalités seront exigibles à compter du quinzième jour qui suit la deuxième relance, adressée par lettre recommandée avec avis de réception, restée infructueuse. S'ajoutera à ces pénalités un forfait de 15 euros afin de couvrir les frais de relance.
- J'approuve le règlement de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs qui m'a été communiqué et y adhère sans restriction⁽³⁾
- Je certifie qu'un exemplaire du Projet Éducatif et du Projet Pédagogique m'ont été communiqués⁽³⁾

Je/Nous⁽⁴⁾ soussignés Madame, Monsieur⁽⁴⁾.....
responsables légaux de l'enfant certifient que les informations fournies sont exactes et déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs.

Fait àle..... Signature(s),