



FICHE DE LIAISON

CENTRE DE LOISIRS GARDERIE

Mairie de Cruas Année scolaire
2023 - 2024

L'ENFANT

NOM : **Prénom** :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M F **Taille** : **Poids** :

Domicile habituel : (Si besoin préciser si l'enfant vit chez : le Père ou la Mère)

Adresse :

Code postal : **Commune** :

Tél. domicile : **Tél. portable** :

Etablissement scolaire fréquenté : **Classe** :

Compagnie d'assurance et lieu où siège l'agence :

.....

N° contrat d'assurance Responsabilité Civile :

.....

L'enfant fréquentera pendant les périodes scolaires :

La garderie du matin La garderie du soir

La cantine Le centre de loisirs des mercredi

LES PARENTS

Situation familiale :

Mariés

Séparés / Divorcés

Concubinage

Père	Mère
Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Tél. Fixe :	Tél. Fixe :
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél travail :	Tél travail :
Adresse mail :	Adresse mail :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
Profession et Employeur :	Profession et Employeur :
En activité professionnelle le mercredi ?	En activité professionnelle le mercredi ?
Pas du tout <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>
Essentiellement le matin <input type="checkbox"/>	Essentiellement le matin <input type="checkbox"/>
Essentiellement l'après-midi <input type="checkbox"/>	Essentiellement l'après-midi <input type="checkbox"/>
Toute la journée <input type="checkbox"/>	Toute la journée <input type="checkbox"/>
Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>

Autre personne exerçant l'autorité parentale (Ex. : Tuteur) :

.....

N° de Tél. :

Noms, prénoms et âges des frères et sœurs

1/

2/

3/

4/

Je soussigné (e) M. Mme(Nom - Prénom)

agissant en qualité de père, mère, tuteur (*Rayer les mentions inutiles*)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare prendre connaissance du règlement intérieur (année scolaire 2023/2024) de l'Accueil de Loisirs de CRUAS (annexe ci-jointe).

Date :

Signature des parents :

Réservé à la Mairie

Adresse facturation : Domicile - Père - Mère

Tr :

.....

Saisi :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALLERGIES

Groupe sanguin (si connu) :

Nom et tél. du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical particulier et/ou présente-t-il une allergie (asthme, alimentaire ou médicamenteuse) ? **OUI** **NON**

Si oui lesquels :

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

➤ Si Traitement médical : Joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au Directeur de l'ALSH ou au responsable de groupe)

➤ Si allergie alimentaire ou médicamenteuse : Vous devez impérativement fournir un certificat médical afin d'établir un **Projet d'Accueil Individualisé** sous réserve d'acceptation de la restauration collective et de la commune d'accueil de l'enfant.

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

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES AUDITIVES : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHESES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRECISEZ : (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

Je soussigné (e) M. Mme (Nom - Prénom)
agissant en qualité de *père, mère, tuteur* (*Rayer les mentions inutiles*) déclare exacts les
renseignements portés sur cette fiche

DATE :

SIGNATURE :

AUTORISATIONS

- J'autorise les responsables de l'accompagnement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- J'autorise les responsables de l'accompagnement à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sous conditions d'ordonnance.
- J'autorise les responsables de l'accompagnement de mon enfant à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale.
- J'autorise les responsables de l'accompagnement à faire la sortie de l'hôpital de mon enfant, si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.
- J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service, minibus et car de location.
- J'autorise la Mairie de Cruas à diffuser l'image de mon enfant, sur tous types de support, prises dans le cadre des activités du Centre de Loisirs et de la Garderie.
- Je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre du centre de loisirs, qui trouverait son origine dans l'exploitation de ces images, totale ou partielle.
- Je prendrai connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le faire respecter
- J'autorise le Service Enfance Jeunesse à me faire suivre par mail toutes les informations concernant les animations sur les temps périscolaires organisées par la Mairie de Cruas.

DATE :

SIGNATURE :

Je, soussigné (e) M. Mme

.....

(Nom – Prénom – Papa - Maman – Tuteur) **autorise** mon enfant

..... (Nom - Prénom)

à quitter le centre accompagné(e) des personnes ci-dessous :

(Autres que les responsables légaux)

<u>Nom – Prénom</u>	<u>N° de téléphone</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>

DATE :

SIGNATURE :

L'enfant ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée des (ou du) responsable (s) légal (légaux) de l'enfant, qui déchargeront le Directeur de toute responsabilité.
