



# FICHE DE LIAISON 2025-2026

## ALSH\* « Harmonie + » 12-17 ans (à partir de la 6<sup>ème</sup>)



La fiche de liaison est obligatoire pour toute inscription aux Accueils de Loisirs. Elle est valable pour l'année scolaire en cours. Tout changement de situation qui intervient en cours d'année doit être signalée à la Direction de l'Accueil de Loisirs (coordonnées, personnes autorisées à venir chercher l'enfant, naissance, séparation, déménagement...)

NOM de L'ENFANT : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : Fille  Garçon

ECOLE : ..... CLASSE : ..... ENSEIGNANT(E) : .....

L'enfant vit chez :  ses deux parents  sa mère  son père  en alternance  autre (préciser).....

Nom et prénom des responsables de l'enfant :

**Mère ou Parent 1** : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**Père ou Parent 2** : .....

Adresse (si différente) : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Numéro de dossier CAF : .....

Nom et numéro de la Compagnie d'assurance RC : (Joindre l'attestation) : .....

### AUTORISATIONS PARENTALES :

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'Accueil de Loisirs HARMONIE :

Nom Prénom	Numéro de téléphone	Lien avec l'enfant

Autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées par l'ALP et l'ALSH  OUI  NON

Autorise la Direction de l'accueil à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident  OUI  NON

Certifie avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs  OUI  NON

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

Autorise mon enfant à quitter seul l'ALP ou l'ALSH (uniquement à partir du CE2)  OUI  NON

Veillez indiquer ci-dessous les jours et heures ou votre enfant est autorisé à partir seul :

.....  
.....

## 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.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? SCARLATINE OUI  NON  COQUELUCHE OUI  NON   
OREILLONS OUI  NON  VARICELLE OUI  NON  ROUGEOLE OUI  NON

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ? MIGRAINE OUI  NON  OTITE OUI  NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI  NON  ASTHME OUI  NON  ANGINE OUI  NON

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

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

**ALLERGIES :** Médicamenteuse : OUI  NON  Alimentaire : OUI  NON

Autre : .....

**Précisez 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)

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

- Votre enfant porte-t-il des lentilles : OUI  NON
- Des lunettes : OUI  NON  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*
- Des prothèses auditives\* : OUI  NON
- Des prothèses ou appareil dentaire\* : OUI  NON
- Votre enfant bénéficie t'il d'une prise en charge par la MDPH\*? OUI  NON  (Joindre l'attestation)  
\*Maison Départementale des Personnes Handicapées

**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**
- **m'engage à informer l'équipe de tout changement de situation** : coordonnées, personnes autorisées à venir chercher l'enfant...
- **autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), **ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence** (seuls habilités à définir l'hôpital de secteur).

Date : .....

Signature(s) : .....

