

FICHE DE LIAISON 2025-2026

ALP/ALSH* Harmonie 6-12 ans (du CP au CM2)



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 ☐
Veuillez indiquer ci-dessous les jours et heures où 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) :

