

**SPL du Pilat Rhodanien**

9 rue des prairies

42410 PELUSSIN

Tél : 04 74 56 75 65

spl@splpilatrhodanien.fr



**FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON CENTRES DE LOISIRS**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant dans de bonnes conditions et pour une prise en charge médicale efficace. Si vous avez noté des recommandations particulières, pensez à le redire à l'animateur (allergies alimentaires, problème de santé...). Cette fiche doit être remise à la SPL au plus tard le 1<sup>er</sup> jour d'accueil de votre enfant.*

**VOTRE ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Garçon  Fille

Ecole : .....

**RESPONSABLE LEGAL**

**Responsable légal 1**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté (père, mère...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : .....

N° téléphone domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : .....

**Responsable légal 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté (père, mère...) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : .....

N° téléphone domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : .....

Nom du médecin traitant : ..... N° tel médecin : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Personne à proximité à prévenir en cas d'urgence si difficulté à vous joindre (nom et n° de tel) :  
.....

Caisse de sécurité sociale de (précisez le département) : .....

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

Caisse d'allocations familiales de : .....(préciser CAF, MSA ou autre). Si non CAF, joindre un justificatif de quotient familial

N° allocataire : .....

Mutuelle (nom et adresse) : .....

N° Mutualiste : .....

Responsabilité civile couvrant l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin : .....

**Vaccination (se référer au carnet de santé de l'enfant) :**

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole, Oreillons, Rougeoles	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Méningite	
		Pneumocoque	
		Hémophilus	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Otite		
Rougeole			Coqueluche		
Varicelle			Oreillon		
Scarlatine			Angine		

**L'enfant suit-il un traitement médical?** Si oui, précisez lequel : .....

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il des allergies ?** (entourer la réponse)

Asthme :    Oui    Non    -    Alimentaires :    Oui    Non    -    Médicaments :    Oui    Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
 .....

Difficultés de santé ou recommandations à signaler :

.....  
 .....

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI scolaire ? Oui    Si oui, joindre une copie    Non.

### AUTORISATION

J'autorise mon enfant à rentrer seul :    Oui    Non    .

Si oui, préciser l'heure de départ de votre enfant du centre de loisirs : .....

**Désignation des personnes autorisées à venir chercher l'enfant** (en plus des responsables légaux)

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone

### Autorisation photo

- J'autorise la structure à prendre des photos et/ou vidéos de mon enfant lors des activités du centre de loisirs pour des publications liées au centre de loisirs : Oui Non
- J'autorise le personnel administratif à consulter la base allocataire CAFPRO afin de connaître mon quotient familial pour fixer le tarif me concernant : Oui Non

*Nb : En cas de refus, le tarif appliqué sera le maximum.*

- J'autorise le personnel de la structure à véhiculer dans les conditions de sécurité en vigueur mon enfant lors des activités : Oui Non

Je soussigné(e), Mme, M., responsable légal de l'enfant cité ci-dessus,

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités à l'intérieur et à l'extérieur de la structure
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- m'engage à informer le centre de loisirs de toutes modifications survenant au cours de l'année, dans les meilleurs délais
- atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Fait à .....

Le .....

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

Signature du père

Signature de la mère

*Nb : En cas de séparation, si chaque parent fait un dossier, les deux signatures ne sont pas obligatoires.*

### Rappel des documents à joindre :

- La fiche individuelle de liaison
- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation de responsabilité civile couvrant l'enfant
- L'attestation d'allocataire CAF si vous n'êtes pas ressortissant de la Loire
- L'attestation d'allocataire MSA si vous relevez de ce régime
- Le cas échéant, le projet d'accueil individualisé (PAI)

*Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la SPL du Pilat Rhodanien pour la bonne prise en charge de l'accueil de votre enfant. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à la SPL du Pilat Rhodanien. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.*