



Identifiant CAF	
- de 6 ans	+ de 6 ans

## FICHE DE LIAISON 2024-2025

**Attention : Vous devrez vérifier et mettre à jour vos renseignements personnels via « Le Portail Famille » lors de la réception de votre identifiant et de votre mot de passe.**

### 1 ENFANT

Nom et Prénom : .....	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Date de naissance : ...../...../.....	Classe (qui sera fréquentée en 2021-2022) : .....	

### 2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom .....	Nom .....
Prénom .....	Prénom.....
Autorité parentale* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse .....	Adresse : .....
Téléphone : - domicile .....	Téléphone : - domicile .....
- portable .....	- portable.....
- bureau .....	- bureau .....
Mail : .....	Mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
<input type="checkbox"/> Régime Général y compris fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Régime Général y compris fonctionnaire
<input type="checkbox"/> Régime Particulier (SNCF, EDF, RATP)	<input type="checkbox"/> Régime Particulier (SNCF, EDF, RATP)
<input type="checkbox"/> Régime MSA	<input type="checkbox"/> Régime MSA

\*En cas de divorce ou de séparation des parents, copie de la décision de justice ou de l'ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale.

✉ Mail à utiliser pour le Portail Famille : .....

Numéro d'allocataire CAF (obligatoire) : ..... Parent allocataire : .....

Assurance (Nom de la compagnie) : ..... N° de police : .....

Nombre de frère(s) et sœur(s) : .....

### 3 DEPART DE L'ENFANT rentre seul peut être confié aux personnes suivantes :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant <i>(grands-parents paternel ou maternel, oncle...)</i>

#### ④ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant (Nom / Prénom et commune) :	Téléphone :
--	-------------

ALLERGIES :    ASTHME            Oui  Non     MEDICAMENTEUSE    Oui  Non   
                         ALIMENTAIRE    Oui  Non     AUTRES :

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si traitement, le signaler) :

.....  
.....

**DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) A INDIQUER ICI EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

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

**L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL** : oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Médicaments dans leur emballage d'origine marqué du nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** : oui (copie du PAI à fournir)  non

Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI durant les activités périscolaires, sans une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

#### ⑤ VACCINATIONS

Fournir obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication temporaire ou permanent à la vaccination. **Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

#### ⑥ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ : ....**

.....

**Votre enfant doit faire la sieste** : oui  non

---

*Je soussigné .....* responsable légal de l'enfant :

● déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et confirme la mise à jour de ces éléments par mes soins sur le Portail Famille : OUI

● autorise le responsable des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant : oui  non

● autorise la municipalité à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs aux services périscolaires dans ses publications (papier et Internet) : oui  non

● autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées, et la commune à utiliser tous moyens de transports en référence à la législation Jeunesse et Sports, afin de permettre le déroulement des sorties signalées : OUI  non

● atteste que mon enfant est assuré (A noter : l'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages que votre enfant causera aux autres. Si votre enfant est victime d'un accident qu'il a provoqué seul, la responsabilité civile ne fonctionne pas (se renseigner auprès de votre assurance)).

● reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement intérieur ci-joint. L'utilisation de l'un des services périscolaires vaudra de fait l'acceptation de ce dernier.

**Date :**

**Signature :**