



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

## Réservé à Planète Récré

FS réceptionnée par .....le..... saisie par .....le ..... contrôlée par .....le.....  
CM réceptionné par .....le .....

### L'ENFANT

(1) L'acte de jugement ou tout autre document officiel de garde doit nous être fourni

Nom : ..... Prénom : .....  Fille  Garçon  
 Né(e) le : ..... Ecole fréquentée : .....  
 Lieu de naissance : ..... Département ou pays : .....

N° de Sécurité Sociale du parent sous lequel l'enfant est assuré:  
        /

### COMPOSITION DU FOYER FISCAL

**REPRESENTANT LEGAL 1 (personne redevable de la facturation)**  
 Madame  Monsieur Lien de parenté :  Mère  Père  Autre : .....  
 Situation familiale:  Marié(e)  Divorcé(e)<sup>(1)</sup>  Séparé(e)<sup>(1)</sup>  Veuf(ve)  Personne seule  Union libre  Pacsé(e)

Nom : ..... Prénom:.....  
 Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune.....  
 Date de naissance: ..... Profession : ..... Employeur .....  
 CDI  CDD  Intérim  Congé parental en cours ou prévu de ..... à.....  autre  
 Adresse e-mail:.....@.....  
 Domicile  Portable  Professionnel  
 Régime : CAF  MSA  Autres  Numéro Allocataire CAF : .....

**CONJOINT DU REPRESENTANT LEGAL 1**  
 Madame  Monsieur Lien de parenté :  Mère  Père  Autre : .....  
 Nom : ..... Prénom:.....  
 Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune.....  
 Date de naissance: ..... Profession : ..... Employeur .....  
 CDI  CDD  Intérim  Congé parental en cours ou prévu de ..... à.....  autre  
 Adresse e-mail:.....@.....  
 Domicile  Portable  Professionnel  
 Régime : CAF  MSA  Autres  Numéro Allocataire CAF : .....

### REPRESENTANT LEGAL 2 (à ne remplir qu'en cas de séparation ou divorce)

Madame  Monsieur Lien de parenté :  Mère  Père  Autre : .....  
 Situation familiale:  Marié(e)  Divorcé(e)<sup>(1)</sup>  Séparé(e)<sup>(1)</sup>  Veuf(ve)  Personne seule  Union libre  Pacsé(e)

Nom : ..... Prénom:.....  
 Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune.....  
 Date de naissance: ..... Profession : ..... Employeur .....  
 CDI  CDD  Intérim  Congé parental en cours ou prévu de ..... à.....  autre  
 Adresse e-mail:.....@.....  
 Domicile  Portable  Professionnel  
 Régime : CAF  MSA  Autres  Numéro Allocataire CAF : .....

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre total d'enfants: ..... (noter uniquement les enfants qui sont à votre charge)

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole, collège, lycée, autre...

**PERSONNES MAJEURES (AUTRE QUE LES PARENTS)**

à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant (ex: beau-père, grands-parents, voisins,...)

**ATTENTION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

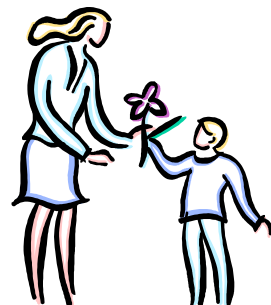
Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Urgence <sup>(2)</sup>	Autorisée de manière <sup>(2)</sup>	
				permanente	occasionnelle

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_



**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Est-ce que votre enfant présente des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres? Suit-il un traitement de fond? asthme?

.....

.....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Votre enfant fait-il habituellement la sieste? A-t'il un régime alimentaire spécifique (intolérance alimentaire, sans bœuf, sans porc, ...) et si oui lequel? Etc.

.....

.....

**MÉDECIN SPÉCIALISTE, (allergologue, pneumologue...)**

A renseigner obligatoirement en cas d'allergie alimentaire ou de troubles respiratoires (asthme...)

Nom : .....

Spécialité : .....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

**AUTORISATION**

**Pour les sorties ou activité piscine:**

J'autorise mon enfant à se baigner :  oui  non

Je certifie que celui-ci :

- Sait nager sur plus de 50m sans poser pied
- Se déplace sur plus de 25m dans l'eau avec accessoires de flottabilité
- Ne sait pas nager

**TRAITEMENT MEDICAL**

**Seuls les traitements associés à un Projet d'Accueil Individualisé (allergie, asthme...) ou à un protocole propre à la structure (hyperthermie) pourront être administrés aux enfants accueillis en cas de nécessité.**

Toutefois, les parents qui le désirent peuvent se rendre dans la structure pour administrer eux-mêmes le traitement de leur enfant.

Les parents doivent tenir la responsable informé des médicaments administrés durant les heures qui précèdent l'arrivée en structure, ceci pour éviter tout surdosage.

**AUCUNE AUTOMÉDICAMENTATION N'EST AUTORISÉE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.**

- J'autorise la Responsable ou les Responsables Adjointes de l'Accueil de Loisirs à donner un antipyrétique à base de paracétamol en cas de fièvre (selon le protocole du règlement de fonctionnement), à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer l'intégralité des frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à envoyer les factures, les brochures et autres informations par mail du Représentant Légal 1
- J'autorise l'A.G.A.P.E.J à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant, pour ses supports d'information dont son site Internet.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais d'inscription m'incombant. En cas de non-paiement des frais de garde, l'enfant peut être radié de la structure après avis du Président. Toute somme non payée à l'échéance donnera lieu à paiement de pénalités de retard fixées à une fois et demie le taux d'intérêt légal. Ces pénalités seront exigibles à compter du quinzième jour qui suit la deuxième relance, adressée par lettre recommandée avec avis de réception, restée infructueuse. S'ajoutera à ces pénalités un forfait de 15 euros afin de couvrir les frais de relance.
- J'approuve le règlement de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs qui m'a été communiqué et y adhère sans restriction<sup>(3)</sup>
- Je certifie qu'un exemplaire du Projet Éducatif et du Projet Pédagogique m'ont été communiqués<sup>(3)</sup>

**Je/Nous<sup>(4)</sup> soussignés Madame, Monsieur<sup>(4)</sup>.....**  
**responsables légaux de l'enfant certifient que les informations fournies sont exactes et déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs.**

Fait à .....le..... Signature(s),