



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

## 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 : .....  
 J'autorise l'Association de Gestion pour l'Enfance et la Jeunesse à utiliser le service CDAP afin de calculer ma participation financière aux frais de garde .

**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?

.....

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

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

Nom : .....

Spécialité : .....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

**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.

.....

**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.
- 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<sup>(3)</sup>.

Je/Nous accepte/tons que les données personnelles transmises sur cette fiche soient utilisées au fin du traitement du dossier (l'inscription ne peut se faire sans cette acceptation). Les personnes concernées par les données bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement, dans les conditions établies par la loi. Ces droits peuvent être exercés en envoyant un courriel à l'adresse suivante: accueil@planete-recre.com ou par courrier à l'adresse suivante: Planète Récré, rue du Rhin 68180 HORBOURG WIHR. Pour plus d'informations, notre politique de confidentialité est accessible sur notre site internet ou à l'accueil.

Fait à .....le..... Signature(s),