Année 2024-2025

FICHE DE LIAISON

Cette fiche de liaison est un document obligatoire pour permettre l'accueil de votre enfant sur **les services Périscolaires** : matin, midi, et soir, **le Centre de loisirs Mercredis et Vacances**. Elle doit être obligatoirement complétée, signée, et rendue au service Périscolaire ou en Mairie.

NOM		**Accueils de Loisirs**
PRENOM		PERISCOLAIRE matin, midi, soir CENTRE DE LOISIRS mercredi, vacances.
Date de Naissance		
ECOLE FREQUENTEE	O Donjons O Meillottes O Autres :	

	Parent 1	**Parent 2**
Nom :		
Prénom :		
Adresse du Domicile :		
Tel. Portable		
Adresse Mail		

Tierces personnes autorisées à venir chercher l'enfant		
NOM	PRENOM / Lien avec l'enfant	TELEPHONE

En cas de divorce ou de situation particulière (interdiction parentale), vous devez nous joindre l'extrait de jugement.

Autorisation de Sortie tout seul : O OUI O NON

NOM + N° de police d'assurance extrascolaire :

N° de Sécurité sociale :

Régime Alimentaire : Cochez la case de votre choix définie pour toute l'année

O **Menu classique** : 4 repas avec viande ou poisson et 1 repas végétarien par semaine.

O **Menu « sans porc »** : 4 repas avec viande avec substitution les jours de viande de porc, et 1 repas végétarien par semaine

O **Menu végétarien « sans viande, sans poisson »** : 5 repas végétariens par semaine.

J AUTORISE MON ENFANT		
1- A participer à toutes les activités des accueils de loisirs	O **OUI**	O **NON**
2- A être transporté(e) lors des sorties quel que soit le transport.	O **OUI**	O **NON**
3- A des rencontres à l'Ecole des Meillottes et des Donjons	O **OUI**	O **NON**
4- A être pris en photo ou en vidéo. L'usage des images se feront par diffusion aux familles, dans la cadre d'un usage familial.	O **OUI**	O **NON**

VACCINS * Ecrire les dates ou fournir les photocopies du carnet de santé.	
DTP /Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	Date :
Hépatite B	Date :
ROR / Rubéole, Oreillon, Rougeole	Date :
BCG	Date :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT					
Rubéole	O OUI	O NON	Rhumatisme	O OUI	O NON
Varicelle	O OUI	O NON	Scarlatine	O OUI	O NON
Angine	O OUI	O NON	Coqueluche	O OUI	O NON
Otites	O OUI	O NON	Asthmes	O OUI	O NON
Rougeoles	O OUI	O NON	Oreillons	O OUI	O NON

TRAITEMENT MEDICAUX	
L'enfant suit-il un traitement médical ?	Si OUI, Nous fournir l'ordonnance et le médicament dans un sachet noté au Nom de l'enfant.
L'enfant présente-t-il des allergies alimentaires, ou médicamenteuses ?	Si oui Laquelle ? …… ……

PAI : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE	
L'enfant a-t-il un PAI ? O OUI O NON	Si Oui, fournir 2 kits (médicament + PAI + ordonnance) pour <u>le périscolaire</u> et pour <u>le centre de loisirs</u> si l'enfant fréquente ces 2 accueils distincts.
L'enfant est-il en situation de handicap ? O OUI O NON	Si Oui, fournir une copie de l'attestation MDPH et prendre RDV avec le Responsable de l'accueil de loisirs. Etes-vous en cours de demande MDPH ? O OUI O NON

A Soisy sur seine, Le ……

- ✓ Je m'engage à prévenir la Responsable périscolaire, ou Directrice du Centre de Loisirs en cas de changement.

<u>Signatures des Parents :</u>