



FICHE DE LIAISON DU 3/9/18 AU 31/8/19

Une fiche par enfant

Merci de compléter tous les champs
au stylo noir

contact : 02 98 50 38 36 - education@concarneau.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom Prénom.....
Date de Naissance / ... / Sexe : F M
Nom de l'école de votre enfant Sa classe, rentrée 2018 :
Adresse de l'enfant :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

1-Nom Prénom (père, mère, tuteur)
Adresse :
E-mail : Employeur :
Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe ou portable) :
Téléphone professionnel :

2-Nom Prénom (père, mère, tuteur)
Adresse :
E-mail : Employeur :
Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe ou portable) :
Téléphone professionnel :

AFFILIATION / ASSURANCES

Régime d'affiliation de l'enfant : CAF : Numéro d'allocataire :
(Numéro d'allocataire Caf **obligatoire** en raison de la modification de la tarification à compter de septembre 2018 et de la suppression du Quotient Ville)
 MSA Autre (précisez) :

Assurance scolaire ou responsabilité civile (obligatoire):

Nom de l'assurance N° de contrat :

Nous vous informons de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance complémentaire couvrant les dommages corporels que les enfants peuvent subir lors des activités auxquelles ils participent.

AUTORISATIONS PARENTALES

- Autorise mon enfant à quitter seul : le temps périscolaire du soir : oui non
l'accueil de loisirs : oui non
- Autorise mon enfant à être véhiculé par les personnels du service ou un transporteur (sortie) : oui non
- Autorise la direction de l'accueil à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence en cas d'impossibilité de joindre les responsables mentionnés sur cette fiche : oui non
- Autorise la Ville de Concarneau à utiliser les images où votre enfant apparaît dans le cadre de ses activités : oui non

Tournez s'il vous plaît >

**EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS
PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT ET/OU A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

	NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	Est prévenu en cas d'urgence	Récupère l'enfant
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS MÉDICALES UTILES (joindre le certificat médical complété par votre médecin)

Médecin traitant : Ville : Téléphone :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ? : oui non

L'enfant suit-il un traitement médical sur le temps de l'accueil ? : oui non

Précisez :
.....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (entourez la réponse)

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE		OTITE		COQUELUCHE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

L'enfant présente-t-il une allergie ? : Médicamenteuse : oui non Asthme : oui non

Alimentaire : oui non Autre : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....

➔ Ces problèmes de santé nécessitent-ils un projet d'accueil individualisé (PAI) ? : oui non

Si oui, veuillez prendre contact avec le Service Éducation Jeunesse de la Mairie. Les allergies alimentaires signalées sur un certificat médical ne seront prises en compte que dans le cadre de l'établissement d'un PAI .

➔ Votre enfant rencontre-t-il une situation de handicap à prendre en compte par l'équipe pour l'accueillir dans de bonnes conditions ? oui non Précisez :

.....
.....

➔ Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, pouvez-vous préciser si :

- il est accompagné par une AVS sur le temps scolaire ? oui non

- il a un dossier MDPH en cours ? oui non

AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES DE PORTER À NOTRE CONNAISSANCE :

.....
.....

Fait le ... / ... / ...

Nom et Signature