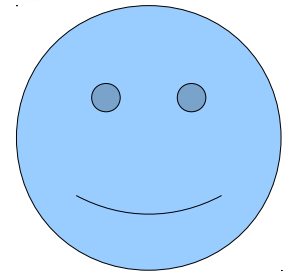


**FICHE DE LIAISON
ACCUEIL DE LOISIRS
2012/2013**



NOM :

PRENOM :



DATE NAISSANCE

AGE

CLASSE

VOTRE ENFANT EST-IL SCOLARISE A PEIPIN.....

OUI

NON

SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE ENFANT FASSE SES DEVOIRS AU PÉRISCOLAIRE

LE :

LUNDI

JEUDI

(SERVICE PROPOSÉ POUR LES ENFANTS INSCRITS 2 HEURES CES JOURS LÀ)

ACTIVITÉS PRATIQUÉES,
LOISIRS.....

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ?

OUI

NON

VOTRE ENFANT EST-IL SUJET À L'ENURESIE ?

OUI

NON

VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL UNE ALLERGIE ?

OUI

NON

REPAS SANS PORC ?

OUI

NON

INDIQUER LES ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR :



EN CAS D'ALLERGIE, FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL.



EN CAS DE PROTOCOLE, FOURNIR UNE COPIE



FOURNIR LES COPIES DU CARNET DE VACINATION

AUTRES RECOMMANDATIONS :

VOTRE ENFANT EST-IL AUTORISÉ À SORTIR SEUL DU CENTRE? O

N

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER VOTRE ENFANT :

	TEL
	TEL
	TEL



FICHE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS 2012/2013

NOM :

PRENOM :

CLASSE

DATE NAISSANCE

ADRESSE MAIL

NOM / PRENOM DU (DES) RESPONSABLE(S) LÉGAL

PERE

MERE

ADRESSE

TEL :

1

2

3

4

ETES-VOUS AFFILIÉ....

MSA

CAF

AUTRES



FOURNIR UNE ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
INDIVIDUELLE ACCIDENT

	PROFESSION	EMPLOYEUR
MR		
MME		

ETES-VOUS....

MARIE(E)

PACSE(E)

DIVORCE(E)

CELIBATAIRE



FOURNIR COPIE DE L'AUTORITÉ PARENTALE ET DU JUGEMENT
SI NECESSIAIRE



JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE

CODE POSTAL:.....VILLE:.....

AGISSANT EN QUALITE DE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

CLASSE

Autorise par la présente le C.C.A.S de la commune de PEIPIN,
organisateur de l'accueil de loisirs :

Les P'tites Bouilles Rue des écoles 04200 PEIPIN

Représentée par son président Pierre VEYAN, à diffuser la (les)
photographie(s) prises lors du centre de loisirs :

Du 1er septembre 2012 au au 30 août 2013

sur laquelle (lesquelles) figure mon fils/ fille :

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique
(journal interne et externe)
- Pour des expositions relatives au centre ou à nos séjours
- Pour la publication sur le site internet de l'organisateur
- pour la promotion du service auprès des médias de la
mairie
(blog, affiches, flyers, réseaux sociaux...)

Cette autorisation est valable pour une durée de un an et pourra
être révoquée à tout moment.

Fait à Le

Signature



NOM :
PRENOM :
CLASSE

AGE POIDS.....

ARNICAN	OUI	NON	
DOLIPRANE	OUI	NON	dosage :.....
SMECTA	OUI	NON	
BIAFINE	OUI	NON	

AUTRES.....

Si votre enfant suit un traitement médical lors de son séjour, merci de nous fournir la copie de **l'ordonnance** délivrée par le médecin traitant.

Les médicaments doivent obligatoirement être remis à l'équipe d'animation ne jamais les laisser dans le sac de l'enfant.

Je soussigné(e)
Représentant légal de l'enfant :

- Autorise l'équipe d'animation à administrer certains médicaments, **après m'avoir averti par téléphone du symptôme, et des soins apportés**

- déclare avoir lu et expliqué le règlement de la cantine et/ou du périscolaire à mon enfant. Il se porte fort de sa bonne application.

Fait à

Le

Signature des parents

Signature des enfants