# FICHE DE LIAISON ARC-EN-CIEL

*Réservé au personnel de la structure.*
**DATE D'INSCRIPTION FICHE**

## 1) RENSEIGNEMENT ENFANT:

NOM :

PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

## 2) RENSEIGNEMENT FAMILLE :

SITUATION FAMILIALE :

**RESPONSABLE** :NOM : PRENOM :

ADRESSE :

MAIL :

Tel. Domicile : Tel ; professionnel :

Tel. portable : N° de poste :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

☐ Régime général ☐ Régime spécial ☐ Régime particulier ☐ MSA
☐ Fonction publique ☐ Etrangers ☐ Autres

Centre CAF : N°CAF : Quotient familial :
(joindre le justificatif)

Profession : Employeur :

DATE DE NAISSANCE :

**CONJOINT** : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tel. Domicile : Tel ; professionnel :

Tel. Portable : N° de poste :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

Profession : Employeur :

DATE DE NAISSANCE :

## 3) AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant, si l'enfant est autorisé à rentrer seul, le préciser dans le tableau :

| NOM | Prénom | Qualité | Téléphone |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

J'autorise mon enfant à rentrer seul : ☐ OUI ☐ NON

## 4) CONTRAINTES ALIMENTAIRES :

## 5) VACCINATIONS: *(remplir le tableau et **joindre les photocopies du carnet de santé**)*

| Vaccins | Dates des derniers rappels | Vaccins | Dates des derniers rappels |
|---|---|---|---|
| Diphtérie | | Monotest | |
| Tétanos | | Coqueluche | |
| Poliomyélite | | Hépatite B | |
| Ou DT polio | | R.O.R | |
| Ou Tetracoq | | Autres | |
| B.C.G | | | |

## 6) MALADIES INFANTILES :

| | Rubéole | Varicelle | Angine | Rhumatisme | Scarlatine | Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OUI | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| NON | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 7) RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIES:

☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre

L'enfant suit il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler :

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles. L'enfant porte t'il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire

## 8) AUTRES OBSERVATIONS :

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant :

## 9) MISE EN RELATION AVEC D'AUTRES FAMILLES :

J'accepte de partager mon adresse et mon numéro de téléphone à d'autres familles pour faciliter le covoiturage*

Oui ☐ Non ☐ *L'organisation de covoiturage relève de la responsabilité individuelle. L'Arc En Ciel se décharge de toute responsabilité en cas de litige.

## 10) AUTORISATION PARENTALE :

| Je m'engage : | J'autorise mon enfant : |
|---|---|
| - A rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.<br>- A mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées.<br>- Avoir pris connaissance du réglement intérieur et en accepter les conditions. | - A être photographié ou filmé :<br>☐ Pour une diffusion limitée aux activités de l'association<br>☐ Pour la presse<br>- A participer aux activités organisées par l'association (transport y compris).<br>- A circuler en autonomie lors des activités organisées.<br>- A utiliser les navettes mises à disposition par la structure. |

Je soussigné _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : _____ Le : _____

Vous devez obligatoirement joindre à ce dossier : ☐ Une photocopie du carnet de vaccination ☐ Un chèque de caution de 200 euros