



ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE



ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

Il comprend :

- ✓ L'accueil du matin (7h-8h20)
- ✓ La pause méridienne (11h45-13h35)
- ✓ L'accueil du soir (15h45-18h45)
- ✓ Le TAP

Nom :

Prénom :

Classe :

Nom de l'enseignant :

*Sans retour de dossier, nous ne pourrons accueillir votre enfant sur les temps
périscolaires*

Accueil de loisirs périscolaire de Valdivienne
Les Genêts 86300 VALDIVIENNE

Directeur de l'accueil périscolaire
05.49.56.97.16

Accueil périscolaire (Garderie)
05.49.56.97.13

ETAT CIVIL DE L'ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe :
Date et Lieu de Naissance :		Âge :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT	☐ PARENT 1 ☐ PARENT 2 ☐ LES 2 PARENTS	
PARENT 1	PARENT2	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Adresse :	Adresse :	
Code postal et ville :	Code postal et ville :	
Profession :	Profession :	
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :	
Téléphone portable :	Téléphone portable :	
Téléphone travail :	Téléphone travail :	
Adresse E-mail :	Adresse E-mail :	

Numéro d'allocataire à la caisse d'allocations familiales : Ou L'attestation du Quotient Familial pour les familles affiliées à la MSA
--

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

☐ GARÇON

☐ FILLE

Cette fiche permet d'accueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatifs au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs).

1- VACCINATION (à remplir et joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Pneumocoque			
Coqueluche				BCG			
Haemophilus				Méningocoque c			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

Alimentaires : OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐

Autres :..... OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser OUI ☐ NON ☐

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...)

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable 1 :

NOM.....PRENOM.....

RESSE :

TEL DOMICILE.....TEL PORTABLE.....TEL TRAVAIL.....

Responsable 2 :

NOM.....PRENOM.....

RESSE :

TEL DOMICILE.....TEL PORTABLE.....TEL TRAVAIL.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Pièces et justificatifs à fournir

Attestation du quotient familial pour les familles affiliées à la MSA

Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire (à fournir à la rentrée)

Photocopie du carnet de vaccination

Attestation

Je soussigné(e) Mme, M..... agissant en qualité de responsable légal de l'enfant certifie :

- ✓ Être titulaire d'une assurance responsabilité civile et individuelle ou extra-scolaire.
- ✓ Avoir pris connaissance de l'ensemble des informations concernant l'accueil périscolaire (notamment le règlement intérieur, le mode de fonctionnement et les conditions d'organisations générales) et en accepte les fondements

Autorisations

✓ **Autoriser – ne pas Autoriser** la Mairie à utiliser les images photographiques ou numériques de mon enfant, prises dans la cadre du fonctionnement de l'accueil périscolaire pour illustrer ses activités.

✓ J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant à tout moment, et décharge la Mairie de toute responsabilité après son départ avec cette (ces) personne(s).

NOM	PRENOM	TELEPHONE	DATE DE L'AUTORISATION	SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire.
Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Fait à : Le :/...../.....

Nom et signature
Des parents ou du responsable légal de l'enfant :