

FICHE DE LIAISON
CANTINE - CENTRE DE LOISIRS - GARDERIE PERISCOLAIRE

ENFANT			
---------------	--	--	--

Nom		Né le	
Prénom		Classe	
Adresse de l'enfant			
N° sécurité sociale			
Nom et n° Assurance			
Adresse mail famille			

PERE			
-------------	--	--	--

Si l'enfant est en famille d'accueil, noter les coordonnées + tel de la personne responsable dans la famille

Nom et Prénom			
Adresse Si différente de l'enfant			
Tel domicile		Portable	
Nom et adresse employeur		Tel employeur	

MERE			
-------------	--	--	--

Nom et Prénom			
Adresse si différente de l'enfant			
Tel domicile		Portable	
Nom et adresse employeur		Tel employeur	

***En cas de décision de justice concernant la garde de l'enfant, obligation de fournir la photocopie du procès-verbal.**

Renseignement Médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Non

Faire passer un document explicatif ainsi que l'ordonnance.

Rubéole		Varicelle	
Rhumatisme		Scarlatine	
Otite		Rougeole	

Nom, commune et téléphone du médecin traitant :	
--	--

AUTORISATION PARENTALE

	Nom-Prénom	Téléphone
Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant cité ci-dessus autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant →		Fixe : Portable :
		Fixe : Portable :
		Fixe : Portable :
		Fixe : Portable :

Uniquement pour les enfants de Primaire

J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de 17h15

Mon enfant ne mange pas de Porc

Mon enfant ne mange pas de viande

Allocataire C.A.F

N° allocataire :

Allocataire M.S.A

N° allocataire :

Autre :

Autorisation activités, sorties et droit à l'image

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus l'autorise à participer aux activités, aux
sorties en car, vélo et à pieds du centre de loisirs.

oui

J'autorise l'équipe d'animation à le photographier ou le filmer dans le cadre des
activités du centre de loisirs et donne mon accord pour son droit à l'image durant les
activités et sur les CD souvenirs de fin de séjour.

oui

J'autorise la directrice, en cas d'urgence, à faire transporter et soigner mon enfant et
pratiquer des interventions prescrites par le médecin.

oui

Nom, Prénom, Date et Signature précédés de la mention « Certifié Exact » :