

**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 (si les parents sont séparés, noter les 2 mails)	

IMPORTANT : En cas de décision de justice concernant la garde de l'enfant, merci de fournir impérativement la photocopie du procès-verbal.

MERE

Si l'enfant est en famille d'accueil, noter les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

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

Renseignement Médicaux

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

Oui

Non

Faire passer un document explicatif ainsi que l'ordonnance.

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? Si oui, lequel :

Nom, commune et téléphone du médecin traitant :

--

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)	Nom-Prénom	Téléphone
..... 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 de participer aux activités, sorties et de 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 » :

--