

## FICHE DE LIAISON

NOM **de l'enfant**.....

PRENOM : .....

Garçon  Fille

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ECOLE FREQUENTEE PAR L'ENFANT.....

### Mère / Tutrice légale

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Cp : ..... Commune : .....

① Domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

① Travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

① Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Père / Tuteur légal

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Cp : ..... Commune : .....

① Domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

① Travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

① Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse mail : .....@.....

### Allergie :

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie ?  Oui  non

(Alimentaire, médicamenteuse ou autre)

Si oui, merci de préciser la nature : .....

Recommandation utile des parents : .....

### Renseignement médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour :  Oui  non

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte(s) de médicaments dans leur emballage d'origine et marquée(s) au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

## AUTORISATIONS

Autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher les enfants et à être jointes en cas d'urgence (autre que les parents) :

.....tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

.....tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

.....tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

.....tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autorise les responsables :

- à filmer, photographier et publier les images de mon enfant dans le cadre des activités du centre (Diffusion de programmes, site internet, presse).  Oui  non

Autorise mon enfant :

-à utiliser les transports mis en place pour les activités  Oui  non

Activités sportives :

Mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive  Oui  non

(En mesure de le justifier par un certificat médical ou une licence sportive)

<b>POUR LE CENTRE DE LOISIRS UNIQUEMENT</b>			
ressortissants :	CAF : <input type="checkbox"/>	MSA : <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>
N° sécu : .....			
<b>pour les ressortissants CAF :</b>			
J'autorise les personnes habilités à utiliser le service CAF-PRO pour :			
obtenir mes ressources CAF            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
N° allocataire CAF : .....			

Médecin traitant : ..... Tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour dans son vaccin DT Polio  Oui (joindre copie carnet de santé)

J'atteste avoir souscrit à une assurance avec responsabilité civile et dommages corporelles pour mon enfant. Dans le cadre des activités extrascolaires.

J'atteste que mon enfant ne présente pas de contre-indication pour la pratique des activités proposées ou en informer le responsable.

Je soussigné..... Responsable légal 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 Plouha, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_.

Signature

**Contacts :**

**06 48 81 21 24**

**02 96 20 28 85**

**[alshplouha@leffarmor.fr](mailto:alshplouha@leffarmor.fr)**