

FICHE DE LIAISON – Saison 2014/2015

Nom, Prénom de l'enfant

Sexe

Date et lieu de naissance :

Ecole et classe fréquentée et nom de l'enseignant :

Responsables légaux de l'enfant (père/mère ou tuteur) :

Père :	Mère :
Adresse :	Adresse :
Tél/Portable :	Tél/Portable :
Adresse @ :	Adresse @ :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
C.M.U. : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	C.M.U. : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Mutuelle :	Mutuelle :
N° CAF :	N° CAF :
Profession :	Profession :
Employeur/Tél :	Employeur/Tél :

Si impossibilité de joindre les parents à qui confier l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° tél. personnel : N° portable :

N° tél. travail :

Nous demandons aux parents de prévenir la directrice par un document écrit, daté et signé lorsqu'une tierce personne vient chercher l'enfant.

(1) Cocher la bonne case.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical permanent? oui non

Aucun médicament ne pourra être donné sans PAI.

Merci de joindre à ce document une photocopie des vaccinations de votre enfant.

Recommandations utiles des parents (votre enfant a-t-il des allergies, traitements médicaux, porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...) conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (repas sans alimentation porcine, PAI) :

.....

Autres informations concernant votre enfant (indiquez ici les informations particulières qui pourraient nous aider à accompagner au mieux votre enfant) :

.....

Conformément à l'article L227-5 du Code de l'action sociale et des familles - La structure souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile, ainsi que de celle de ses préposés et des participants aux activités qu'elle propose. Les assurés sont tiers entre eux. Nous vous informons donc de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels les activités auxquels ils participent peuvent les exposer.

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

J'autorise mon enfant à participer aux activités du centre et à se baigner.

Date : Signature :

et donne au Patronage Laïque du Bergot, 31 rue de Vendée BREST, l'autorisation de reproduire les photographies réalisées au cours des activités qu'il organise, et sur lesquelles figure mon enfant pour les usages suivants :

- Illustration du site Internet, du journal et des plaquettes du P.L.Bergot.
- affichage dans le cadre d'une exposition préparée par le Patronage,
- Illustration d'un article dans les journaux locaux.
- et à l'exclusion de tout usage commercial.

Je peux à tout moment demander par écrit l'annulation de cette autorisation.

Cocher la case en cas de refus de prise de photos.