FICHE DE LIAISON – Saison 2020/2021

Nom, Prénom de l'enfant **Sexe**

Date et lieu de naissance :
Ecole et classe fréquentée :

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 ☐ NON ☐	C.M.U. : OUI ☐ NON ☐
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 : ……
(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.

N° Dossier MDPH : .....

Recommandations utiles des parents : allergies, traitements médicaux, lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, régime alimentaire (repas sans porc, végétarien, PAI, etc…) :

……

……

.....

.....

INFORMATION CNIL
Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de notre association, à la Fédération de la ligue de l'enseignement et aux fédérations sportives. Elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification selon les dispositions de la loi du 6 janvier 1978. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à notre association.

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 peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.*

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 images 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 PL.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.**