



FICHE DE LIAISON

ETE 2018



Saint Jean de Boiseau

N° TELEPHONE pour être joignable rapidement :

NOM de l'enfant

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

AGE :

PARENT 1(père ☐ mère ☐) ou ASSISTANT FAMILIAL ☐ ou AUTRE ☐ (Précisez :)

NOM

PRENOM

Date de naissance :

à

ADRESSE

Tél domicile : / / / / Portable : : / / / / Tél du Travail : : / / / / /

Mail : @

PARENT 2(père ☐ mère ☐) ou ASSISTANT FAMILIAL ☐ ou AUTRE ☐ (Précisez :)

NOM

PRENOM

Date de naissance :

à

ADRESSE

Tél domicile : / / / / Portable : : / / / / Tél du Travail : : / / / / /

Mail : @

AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM

PRENOM

TEL :

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM

PRENOM

TEL :

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM

PRENOM

TEL :

LIEN AVEC L'ENFANT :

ENFANT MINEUR HABILITE A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM

PRENOM

TEL :

LIEN AVEC L'ENFANT :

AGE :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

NOM DE LA COMPAGNIE :

N°de POLICE /DE SOCIETAIRE :

ADRESSE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?

Oui ☐

Non ☐

SI OUI, fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.

SI NON, fournir un justificatif médical de contre-indication.

Tournez la page SVP

INFORMATIONS A TRANSMETTRE A L'EQUIPE : (port de lunettes, traitement médical, allergies, asthmes....)

.....

.....

.....

Percevez-vous l'AEEH pour cet enfant ?

Oui ☐

Non ☐

L'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) est une prestation versée par la CAF

Si l'enfant a des besoins spécifiques (aménagements d'horaires, accompagnements individualisés ou activités adaptées....) n'hésitez pas à prendre contact avec la direction de la structure afin de mettre en place un accueil adapté.

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

..... TEL.....

.....

AUTORISATION PARENTALE :

1) J'autorise ☐

Je n'autorise pas ☐

Le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale d'urgence, traitement médical)

2) J'autorise ☐

Je n'autorise pas ☐

A utiliser l'image de mon enfant. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise l'Union régionale des Francas des Pays de la Loire à fixer, reproduire et communiquer au public les images fixes et animées. Elles pourront être exploitées et utilisées directement par Les Francas, intégralement ou par extraits dans les supports dédiés à promouvoir à annoncer et valoriser les animations proposées par Les Francas de Loire-Atlantique : sites internet, plaquettes papier, pages Facebook. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images fixes et animées susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ou toute autre exploitation préjudiciable. Nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je soussigné(e) ou Nous soussignons :

responsable(s) légal(aux) de l'enfant (des enfants) :

Déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Certifie (ions) avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les modalités de fonctionnement

Prend (prenons) note que la participation aux diverses activités entraîne de plein droit l'acceptation que l'enfant soit transporté au sein des véhicules utilisés par l'accueil de loisirs (car, bus...)

A

LU ET APPROUVE

LE

SIGNATURE :