



## FICHE DE LIAISON

ETE 2019



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 .....

LE

LU ET APPROUVE

SIGNATURE :