



FICHE DE LIAISON Centre aéré

ENFANT Féminin Masculin

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Niveau scolaire à la rentrée :

Photo

Année scolaire : -----/-----

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse.....

Mère TEL. Portable : TEL. Domicile : TEL. Prof. :

Père TEL. Portable : TEL. Domicile : TEL. Prof. :

2 - PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les parents) :

NOM Prénom TEL :

NOM Prénom TEL :

NOM Prénom TEL :

3 - AUTORISATIONS PARENTALES (Entourez votre choix OUI ou NON)

Droit à l'image : OUI / NON Maquillage : OUI / NON Transport (sortie en bus) : OUI / NON

Sait nager seul : OUI / NON

J'autorise mon enfant à sortir seul et à rentrer par ses propres moyens (uniquement enfant en élémentaire) :
OUI / NON

NOM Assurance :

N° Contrat Assurance :

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° Sécurité Social :

Médecin traitant :

Problèmes médicaux :

Allergies * (PAI obligatoire) Asthme Alimentaire..... Médicamenteuse

Intolérances * (Certificat médical obligatoire) Alimentaire.....

5 - ATTESTATION (rayer la mention inutile)

Je certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour de ses vaccins obligatoires*: OUI / NON

*SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

Date :

Signature :