



FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON
2018 - 2019

ENFANT :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Age :ans
École: Classe :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal
Madame, Monsieur :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone domicile :Téléphone portable :
Téléphone travail :
Adresse mail des parents :@.....
Caisse d'allocation : : CAF MSA Autre :
N° allocataire : Quotient familial :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal
Madame, Monsieur :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone domicile :Téléphone portable :
Téléphone travail :
Adresse mail des parents :@.....

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*nom des parents ou tuteur légal*)
..... autorise à venir chercher mon enfant :

NOM	Prénom	N° de Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISE les responsables de la structure à :

- Ce que mon enfant participe aux activités proposées (*pour les TAP et l'île aux enfants*).
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.
- Photographier mon enfant dans le cadre des activités et en autorise la parution sur les différents médias de l'organisateur : oui non

SANTE

Médecin traitant :

Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur légal

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1		Maison : Travail : Portable :	
2		Maison : Travail : Portable :	

Allergies :

Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

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

Joindre la photocopie de la page vaccination du carnet ou une attestation signée du médecin (obligatoire pour les TAP, la cantine du mercredi midi et l'ALSH du mercredi après midi)

Signature des deux parents (ou du responsable légal) :

Le Père,

La Mère,

ACCEPTATION DES REGLEMENTS DES ACCUEILS

Accueil périscolaire – Cantine – TAP – Île aux enfants

Je soussigné(e) Madame/Monsieur.....et (prénom(s) de(s) l'enfant(s))
..... certifie avoir pris connaissance des règlements des
accueils municipaux et de la charte des enfants (consultables sur le site internet de la commune) et en avoir
accepté les termes.

Le2017

Signatures :

Les parents

L'enfant



COMMUNE DE BRANDÉRION
3 Rue Vincent Renaud
56700 BRANDÉRION
☎ 02 97 32 97 37
✉ mairie@branderon.com

**FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON
2018 - 2019**

ENFANT :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Age :ans
École: Classe :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal
Madame, Monsieur :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Adresse mail des parents :@.....
Caisse d'allocation : : CAF MSA Autre :
N° allocataire : Quotient familial :

Cocher la case correspondante Père Mère Tuteur légal
Madame, Monsieur :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Adresse mail des parents :@.....

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*nom des parents ou tuteur légal*)
..... autorise à venir chercher mon enfant :

NOM	Prénom	N° de Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTORISATIONS PARENTALES

AUTORISE les responsables de la structure à :

- Ce que mon enfant participe aux activités proposées (*pour les TAP et l'île aux enfants*).
- Présenter mon enfant au médecin désigné ou si celui-ci était indisponible à tout autre médecin.
- A prendre toutes les dispositions jugées utiles en cas d'accident ou de maladie, pour faire soigner mon enfant, à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgences.

- Photographier mon enfant dans le cadre des activités et en autorise la parution sur les différents médias de l'organisateur : oui non

SANTE

Médecin traitant :

Tél :

En cas d'urgences, je demande à contacter prioritairement : Père Mère Tuteur légal

Si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous souhaitez que nous prévenions :

	NOM - Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant
1		Maison : Travail : Portable :	
2		Maison : Travail : Portable :	

Allergies :

Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

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

Joindre la photocopie de la page vaccination du carnet ou une attestation signée du médecin (obligatoire pour les TAP, la cantine du mercredi midi et l'ALSH du mercredi après midi)

Signature des deux parents (ou du responsable légal) :

Le Père,

La Mère,

ACCEPTATION DES REGLEMENTS DES ACCUEILS

Accueil périscolaire – Cantine – TAP – Île aux enfants

Je soussigné(e) Madame/Monsieur.....et (prénom(s) de(s) l'enfant(s))
..... certifiant avoir pris connaissance des règlements des
accueils municipaux et de la charte des enfants (consultables sur le site internet de la commune) et en avoir
accepté les termes.

Le2017

Signatures :

Les parents

L'enfant