



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

**FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON**  
**2020 - 2021**

**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 : .....@.....

**Si vous l'acceptez, la communication de votre adresse mail nous permettra de mieux communiquer avec vous :**

**J'accepte de recevoir des informations de la mairie via une liste de diffusion**

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 : .....@.....

**Si vous l'acceptez, la communication de votre adresse mail nous permettra de mieux communiquer avec vous :**

**J'accepte de recevoir des informations de la mairie via une liste de diffusion**

**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.
- 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 – 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.

Le .....2020

Signatures :

Les parents

L'enfant