



# FICHE DE LIAISON ANNÉE 2017



Cholet Animation Enfance  
15 avenue Kennedy  
49300 CHOLET

Tél : **02 41 49 76 50**  
Fax : 02 41 49 76 51  
accueilsdeloisirs@agglo-choletais.fr

**ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fille  Garçon

Ecole \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Enseignant \_\_\_\_\_

### En cas d'urgence, personnes à prévenir et autorisées à reprendre l'enfant

NOM-PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

Nom et tél. du médecin traitant \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vaccination : DTP ou Tétracoq (dernier rappel) \_\_\_\_\_

Allergies :  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres (animaux, plantes, pollen)

Si allergie, précisez-en la cause \_\_\_\_\_

Indiquer les problèmes de santé (maladie, handicap, projet d'accueil individualisé) et recommandations utiles (lunettes, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil)

En cas de traitement médical, nous fournir impérativement l'ordonnance correspondante et pour tous régimes particuliers (allergies) nous fournir un certificat médical.

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

PÈRE OU \_\_\_\_\_

MÈRE OU \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. domicile 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. domicile 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. portable 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. portable 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e.mail \_\_\_\_\_

e.mail \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél. travail 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. travail 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° allocataire CAF \_\_\_\_\_ CAF de \_\_\_\_\_ Quotient \_\_\_\_\_  
N° allocataire MSA \_\_\_\_\_ MSA de \_\_\_\_\_ Quotient \_\_\_\_\_

- J'atteste avoir pris connaissance et accepte les dispositions du projet éducatif.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et aux séances de baignade organisées par le gestionnaire.
- J'autorise le gestionnaire à présenter mon enfant à un médecin pour soins à donner d'urgence, le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale et à le transporter en cas d'urgence au centre hospitalier de Cholet.
- J'autorise la diffusion dans les publications, expos photos, diaporama, catalogue et site internet de la collectivité, de photographies ou d'images filmées de mon enfant prises lors des activités.  
*Vous pouvez expressément demander par courrier que votre enfant ne figure pas dans ces publications.*
- Lorsqu'il est inscrit à une activité sur Cholet, j'autorise mon enfant à sortir du centre.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnais disposer d'une assurance  
responsabilité civile pour mon enfant.

Nom de l'assureur \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal

