

↑ **NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT** ↑

ECOLE **FICHE DE LIAISON**

Date et lieu de naissance : Sexe

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : Père Mère Tuteur

Nom et prénom

Adresse

N° de téléphone domicile Portable

Courriel :

N° de Sécurité sociale :

CMU : oui non

Mutuelle : Nom N°

N° allocataire Caf :

Profession du père :

Employeur : Tél. :

Profession de la mère :

Employeur : Tél. :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents)

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de tél. personnel Portable :

N° de tél. travail :

Nous demandons aux parents de prévenir le directeur lorsqu'une autre personne vient chercher l'enfant.



RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui lequel

L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui laquelle

et la conduite à tenir

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...)

Précisez :

Le soussigné(e)

Nom : Prénom :

donne à l'association "Comité d'usagers du centre social de Bellevue Kaneveden" : 1, rue Pierre Trépos - 29200 BREST, l'autorisation de reproduire les photographies réalisées au cours des activités qu'elle organise et sur lesquelles figure mon enfant pour l'usage suivant :

- ✓ Affichage dans le cadre d'une exposition préparée par le centre social et à l'exclusion de tout usage commercial.

Je peux demander à tout moment par écrit l'annulation de cette autorisation.

Fait à Brest, le

Signature :

Je, soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'association "Comité d'usagers du centre social de Bellevue" à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

2017-2018

[Empty box for child name]

↑ NOM et PRÉNOM DE L'ENFANT ↑

ECOLE **FICHE DE LIAISON**

Date et lieu de naissance : Sexe

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : Père Mère Tuteur

Nom et prénom

Adresse

N° de téléphone domicile Portable

Courriel :

N° de Sécurité sociale :

CMU : oui non

Mutuelle : Nom N°

N° allocataire Caf :

Profession du père :

Employeur : Tél. :

Profession de la mère :

Employeur : Tél. :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents)

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de tél. personnel Portable :

N° de tél. travail :

Nous demandons aux parents de prévenir le directeur lorsqu'une autre personne vient chercher l'enfant.



RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui lequel

L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui laquelle

et la conduite à tenir

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...)

Précisez :

Le soussigné(e)
Nom : Prénom :

donne à l'association "Comité d'usagers du centre social de Bellevue Kaneveden" : 1, rue Pierre Trépos - 29200 BREST, l'autorisation de reproduire les photographies réalisées au cours des activités qu'elle organise et sur lesquelles figure mon enfant pour l'usage suivant :

✓ Affichage dans le cadre d'une exposition préparée par le centre social et à l'exclusion de tout usage commercial.

Je peux demander à tout moment par écrit l'annulation de cette autorisation.

Fait à Brest, le

Signature :

Je, soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'association "Comité d'usagers du centre social de Bellevue" à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :