

## FICHE DE LIAISON 2018

ACTIVITES ET SERVICES PERISCOLAIRES / RESTAURANT SCOLAIRE/  
ACCUEIL DE LOISIRS/ CHANTIERS LOISIRS

### Coordonnées de l'enfant :

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Ecole et classe fréquentées : .....

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
<b>Coordonnées personnelles</b> NOM Prénom Adresse		
☎ téléphone fixe		
📱 Téléphone portable		
Adresse mail (pour recevoir les infos et dates d'inscriptions)		
Coordonnées de l'employeur (Nom, adresse et ☎)		
<b>Attestation CAF ou N° allocataire CAF/MSA</b> (indispensable pour l'application des quotients)	<input type="checkbox"/> <b>Autorise la mairie</b> à consulter et à utiliser des informations individualisées de mon dossier prestation familiale CAF <input type="checkbox"/> <b>N'autorise pas</b> la consultation et l'utilisation des informations individualisées de mon dossier prestation familiale CAF. Conformément à la Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rapelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. <u>Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier sinon le tarif maximum du service public utilisé vous sera appliqué.</u>	
<b>N° de sécurité sociale</b> + centre de paiement + Mutuelle complémentaire		

**Situation familiale :** Célibataire  Mariés  Vie maritale

Pacs  Divorcés  Séparés  Veuf/ve

### MAIRIE DE LIGUGÉ

Place du Révérend Père Lambert - 86240 LIGUGÉ - Tél. 05 49 55 21 24 - Fax. 05 49 55 38 45  
contact.mairie@liguge.fr [www.liguge.fr](http://www.liguge.fr)

Si les coordonnées des 2 parents sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant.

Père  Mère

Nom et coordonnées téléphoniques des personnes à prévenir en cas d'urgence :

.....  
.....

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant de l'enfant :

.....

Merci d'indiquer ici les informations complémentaires relatives à la vie quotidienne et à l'état de santé de l'enfant :

.....  
.....

LES ALLERGIES		
<b>Asthme</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Alimentaires</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Médicamenteuses</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir : .....	Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir : .....	Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir : .....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

En cas d'allergie, un certificat médical d'un spécialiste, allergologue, sera exigé pour que l'allergie soit prise en compte par le service de restauration.

Régime particulier : Sans porc  / Autre  préciser .....

### Joindre la photocopie des vaccinations obligatoires de l'enfant.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Je soussigné (ou nous soussignons si parents séparés) .....

.....

Responsable légal de l'enfant : .....

Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH / TAP (déplacements à pieds, à vélo, en transport en commun, en véhicule municipal – baignades \_ camping – visites...)

Autorise l'équipe d'animation à photographier mon enfant à des fins d'exposition photo interne, aux activités de la structure et pour le bulletin municipal, la presse locale ou le site internet de la commune.

Autorise l'organisateur ou le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Fait à : .....

Signatures

Le : .....

Père

Mère