

## Fiche de liaison SECTEUR ENFANCE & JEUNE

ANNEE : .....

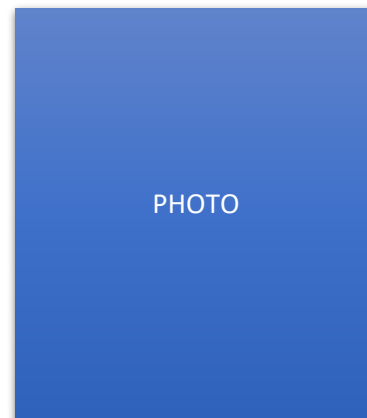
CARTE FAMILLE : .....

Garçon       Fille

NOM / PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE DE L'ENFANT : .....



RESPONSABLE DE L'ENFANT : .....

(Qui détient l'autorité parentale)     Mère                       Père                       Les 2

NOM DE LA MERE : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE : ..... E-MAIL : .....

PROFESSION : ..... EMPLOYEUR : ..... TEL : .....

NOM DU PERE : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE : ..... E-MAIL : .....

PROFESSION : ..... EMPLOYEUR : ..... TEL : .....

N° DE SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT : .....

N° D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : .....

NOM & ADRESSE : .....

### INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTE

Nom, & prénom du médecin traitant : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- |                                     |                                     |                                 |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE    | <input type="checkbox"/> VARICELLE  | <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> RHUMATISME ART.AÏGU |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OTITE  | <input type="checkbox"/> OREILLONS           |
| <input type="checkbox"/> ROUGEOLE   |                                     |                                 |  |

L'enfant est-il sujet à des maladies particulières ? (asthme, diabète ...)  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

A-t-il des allergies ? .....

→ **LES PHOTOCOPIES DES VACCINS DOIVENT ETRE FOURNIES EN PIECES JOINTES**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M.....

1. Autorise mon enfant ..... à fréquenter les accueils (CLAS, ALSH et/ou, Friday Home etc.) ainsi qu'à participer à toutes les activités et sorties qui y sont proposées, y compris : sports, piscine, transports etc.
2. Autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (appel des pompiers, du SAMU, hospitalisation aux services des urgences de l'hôpital) si je n'ai pu être joint(e) ou en cas d'urgence.
3. M'engage à signaler à l'équipe du secteur Enfance et/ou Jeune tout élément nouveau concernant la vie ou la santé de mon enfant.
4. Autorise / n'autorise pas mon enfant à quitter seul la structure de l'AGASEC – Maison de la famille (rayer la mention inutile) ou autorise :  
M.....  
Adresse : .....
5. Autorise / n'autorise pas l'équipe AGASEC à conduire mon enfant par le biais des mini-bus de l'établissement, et ce dans le cadre d'un des accueils proposés par l'un de nos secteurs (rayer la mention inutile).

### AUTORISATION DE DIFUSION À L'IMAGE\*

Je soussigné(e).....  Autorise  N'autorise pas

L'AGASEC – Maison de la Famille à utiliser les photographies prises lors des manifestations ou ateliers, pour des supports médiatiques (site WEB, plaquette, journaux locaux, Facebook « AGASEC » etc.)

\*L'utilisation de l'image ne donne droit à aucune rémunération.

Date : ...../...../.....

Signature :