

FICHE D'IDENTIFICATION ET DE LIAISON 2023/2024

ENFANT					
NOM :	Prénom :				
Date de naissance :	Sexe : Féminin Masculin				
RESPONSABLES LEGAUX					
PERE/MERE/TUTEUR (*)					
NOM :	Prénom :				
Adresse :					
Tomicile:	Portable mère :				
Mail :@@					
Lieu de travail :	Travail:				
PERE/MERE/TUTEUR (*)					
NOM :	Prénom :				
Adresse :					
Tomicile:					
Mail :@					
_					
Lieu de travail :	. 🕿 Travail :				
SITUATION PARENTALE					
□Célibataire □Marié(e) □En couple □Pacsé(e) □Séparé(e) □Divorcé(e) □Veuf(ve)				
Si divorcé ou séparé, préciser celui qui a la garde de l'enfa	nt □Mère □Père				
2. Emereo de depare, presider de la qui a la garde de l'ema					
(*) barrer les mentions inutiles					

AUTORISATION DE SORTIE : Je soussigné(e)	: aı	utorise mon e	nfant à parti	r seul le soir d
l'accueil périscolaire ou de loisirs			□oui	□non
J'autorise les personnes citées ci-de	essous à récupérer mon enfant (voir	règlement int	térieur) :	
NOM et Prénom	Téléphone		Lien de pare	nté
NR : toute personne non notifiée sur c	ette fiche devra justifier de son identit	é et d'un mot é	ácrit des narei	nts sans quoi
=	ouvez nous fournir une liste en annexe		-	its sails quoi
DROIT A L'IMAGE :				
·	autorise	l'équipe d'ani	mation :	
1) A prendre mon enfant en p	hoto ou film dans le cadre des anima	ations propos	ées : □ ou i	\square NON
2) A utiliser ces photos ou film	ns (ex : diffusion sur le site internet d	le la commun	e, sur le bulle	etin municipal
de la commune, dans le jou	rnal de l'accueil) :		□ои	□non -
DENICEICNIEMENTS MEDICA	IIV . NA śalo się twoite at /Nie ac at táli	.		
	<u>.UX</u> : Médecin traitant (Nom et tél)			
Votre enfant a-t-il besoin d'un acco	mpagnement médical (diabète, asth	ıme, hémophi	lie) ou d'un	accueil
spécifique lié à un handicap :			□oui	\square NON
Votre enfant a-t-il un Protocole d'A	•		□oui	\square NON
Prendre contact avec l'équipe de d nécessaires au suivi de l'enfant.	irection de la structure d'accueil afi	in de donner t	tous les rens	eignements
Renseignements et recommandatio	ons utiles des parents pour les encad	lrants (appare	illage auditif	,
lunettes):				
Fournir un certificat médical pour t	out traitement à donner.			
PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR lors	s de l'inscription et à remettre à jour ch	naque année su	ır le portail fa	mille carte +
☐ Assurance extra-scolaire de				
□ Photocopie des vaccination		.1		
☐ Copie Protocole d'Accueil o	ou tout autre document de prise en d	charge		
	portés sur cette fiche et déclare avoi	•	_	
	a structure à prendre, le cas échéan écessaires par l'état de santé de mo		nesures (trai	tement
Fait à La Brède le	Signatu Précédée de la mentio		ouvé	

(des 2 parents si divorcés ou séparés)