

FICHE DE LIAISON

NOM de l'enfant :		Prénom :	
Date de naissance :		Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Adresse résidence principale de l'enfant :			
Adresse si vacances :			

PERE ou Représentant légal
NOM et Prénom :
Adresse (si différente de celle-ci-dessus) :
.....
Téléphone :
Email :

MERE ou Représentant légal
NOM et Prénom :
Adresse (si différente de celle-ci-dessus) :
.....
Téléphone :
Email :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher mon enfant :		
Nom Prénom	Qualité (famille, amis, nourrice)	Téléphone

Allergies : Traitements médicaux : Recommandations des parents :
--

CAF <input type="checkbox"/>	Lieu :	N° allocataire :	QF :
Autres régimes : MSA <input type="checkbox"/>		Autres <input type="checkbox"/>	
CAF PRO : autorisez-vous la direction à consulter votre QF CAF en cas de besoin ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mon enfant est autorisé à participer à toutes les activités du centre : OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	
Si non, indiquez lesquelles :			
J'autorise l'Accueil de Loisirs BSM à prendre, publier ou diffuser des photos ou autres supports vidéo de mon enfant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par AB Tourisme destiné à la gestion de l'Accueil de Loisirs. Elles sont conservées pendant 1an et destinées à l'organisation de l'Accueil de Loisirs. Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous pouvez obtenir communication, rectification et, le cas échéant, suppression des informations vous concernant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement. Pour faire valoir ces droits merci de vous adresser au Délégué à la Protection des Données d'AB Tourisme, en joignant un justificatif d'identité, par courrier ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@lesarcs.com

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :