



FICHE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES 2025/2026

NOM et PRENOM de l'enfant _____
DATE ET LIEU de NAISSANCE : _____ à _____
ECOLE FREQUENTEE : _____
CLASSE : _____

Nom et prénom du père : _____ **email :** _____
 Profession _____ Employeur _____
 Tel bureau _____ Poste _____
 Tel domicile _____ Tel portable _____

Nom et prénom de la mère : _____ **email :** _____
 Profession _____ Employeur _____
 Tel bureau _____ Poste _____
 Tel domicile _____ Tel portable _____

Situation des parents Célibataires, vie maritale, mariés, divorcés, séparés, veufs (Rayez les mentions inutiles)

R E S P O N S A B L E L E G A L : Père Mère Les deux Autre

Nom et prénom _____ u _____
 Adresse complète _____
 Numéro de Sécurité Sociale _____
 Numéro de # _____ 7 _____

INSCRIPTIONS :

- Restauration scolaire Accueil du Matin Accueil du Soir
 Mercredi Étude dirigée

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2

Personnes autorisées à récupérer votre enfant (autres que le responsable légal) sur présentation d'une pièce d'identité

Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2
Nom prénom : Adresse :	Téléphone 1	Téléphone 2

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

INDIQUEZ LES PROBLÈMES DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

PAI fi D f c ^ Y h ' X Ñ 5 WWi Y]OUI' = NON j] X i U '] g f t ' .

EN CAS D'ALLERGIES OU DE PROBLÈMES MÉDICAUX PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR. L'ENFANT DEVRA

= A D v F 5 H = J 9 A 9 B H ' á H F 9 ' A = G ' 9 B ' D @ 5 7 9 ' D C I F ' @ 5 7 7 I 9 = @ ' 8 9 ' @ 9 B : 5 B H

8 9 A 5 B 8 9 ' 8 9 ' A = G 9 ' 9 B ' D @ 5 7 9 ' 7 8 5 8 I F B 9 ' ' D 8 5 8 B I = B 9 ' F D ' 5 F = 9 D 5 G ' 8 5 B G ' @ 9

- PARTIEL
- TOTAL

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES

5 I 8 = H = J 9 G ž ' 8 9 G ' D F C H < 9 G 9 G ' 8 9 B H 5 = F 9 G ž ' 9 H 7 Á ' D F 9 7 = G 9 N

VOTRE ENFANT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ (précisez la cause et la date)

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT _____

MÉDECIN TRAITANT NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE : _____ TEL : _____

INFORMATIONS DIVERSES

~~CHOIX ALIMENTAIRE~~ LA RESTAURATION (rayez mentalement) ~~crises épileptiques~~

- Pas de traitement spécial
- Repas sans porc
- Repas sans viande

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par les clubs sportifs et les clubs de sports compris.

> Je donne mon enfant à la photographie pour une éventuelle parution dans le Journal Municipal ou sur le site internet de la commune dans un but non lucratif de recueil de fonds, en précisant

Je soussigné(e) M/Mme _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (température, \ c g d] h U '] g U h] c b ž '] b h Y f j Y spar]' état de l'enfant. i f [] WU ' Y g Á t ' f Y b X i Y g ' b f WY

Fait à VILLENEUVE LE COMTE le _____

_____ égal _____ Signature du représentant l'