

# SIVOS BALLON CIRE D'AUNIS

24 Rue de l'Eglise

17290 CIRE D'AUNIS

Tél : 05 46 28 25 92

Mel : secretariat@sivos-ballon-cire.fr

## FICHE DE LIAISON INDIVIDUELLE -ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

### Inscription pour Accueil de Loisirs sans hébergement

#### ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_

#### RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT :

<u>Parent 1 :</u>	<u>Parent 2 :</u>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Situation familiale : _____	Situation familiale : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél personnel : _____	Tél personnel : _____
Mail : _____	Mail : _____
Tél professionnel : _____	Tél professionnel : _____

#### AUTORISATIONS DIVERSES :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ , responsable légal de l'enfant :

**(\*) rayer les mentions inutiles**

- 1) Autorise/ n'autorise pas (\*) mon enfant **de plus de 8 ans** à rentrer seul.
- 2) Autorise les personnes majeures ci-après à prendre en charge mon enfant (âgé de moins de 8 ans ou de plus de 8 ans non autorisé à rentrer seul) après l'accueil de loisirs :

Nom :	Prénom :	Téléphone :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

- 3) Autorise / n'autorise pas (\*) la diffusion de photos et vidéos de mon enfant dans le cadre des animations et de la communication du SIVOS de Ballon-Ciré d'Aunis.
- 4) Autorise / n'autorise pas (\*) la directrice de l'ACM à présenter mon enfant à un médecin, lequel prendra le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant.
- 5) Autorise / n'autorise pas (\*) les sorties pédagogiques pour mon enfant.

**INFORMATIONS MÉDICALES :**

(Joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie du carnet de vaccinations)

Médecin traitant :

Allergies (alimentaires, asthme...) et autres difficultés de santé de l'enfant et activité à proscrire :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :