



FICHE DE LIAISON

Nom de l'inscrit :

Prénom de l'inscrit :

Fille/garçon - né(e) le : _____ à _____

Niveau scolaire :

Représentant 1 de la famille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Employeur :

N° Sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

CAF MSA

N° allocataire :

Cie d'assurance :

N° sociétaire :

 personnel

 professionnel

 : _____ @ _____

Représentant 2 de la famille

Nom :

Prénom :

Adresse :

Employeur :

N° Sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

CAF MSA

N° allocataire :

Cie d'assurance :

N° sociétaire :

 personnel

 professionnel

 : _____ @ _____

Médecin

Dr :

Tél :

Allergies

-
-
-

Projet d'Accueil Individuel

-
-
-

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom

Lien (père, mère...)

 dom.

 portable

-
-
-

Je soussigné(e),, autorise le personnel encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...).

Fait à CASTRES-GIRONDE, le

Signature