

FICHE LIAISON 2016 / 2017

Je soussigné(e) **NOM** **PRENOM**

Responsable légal (e) de l'enfant

NE (E) LE

ADRESSE

TEL DOM TEL PORT

EMAIL

En cas d'urgence, personnes à prévenir :

1

TEL DOM TEL PORT

2

TEL DOM TEL PORT

Renseignements indispensables (traitement médical, contre indication médicamenteuse, asthme, allergies, etc)

autorise l'association CAJ à prendre toutes les mesures utiles et nécessaires en cas d'accident et notamment à faire procéder à une évacuation vers l'hôpital le plus proche pour mon enfant
pour moi-même

autorise la prise de photos, vidéos, ainsi que leur diffusion dans le cadre des activités du CAJ où apparaît mon enfant
où j'apparais

Fait à Saint Germain au Mont d'Or, le

Signature