

## FICHE LIAISON 2018 / 2019

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

je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du CAJ

Fait à Saint Germain au Mont d'Or, le

Signature