

FICHE LIAISON 2024 / 2025

Je soussigné(e) **NOM** **PRENOM**

Responsable légal (e) de l'enfant

NE (E) LE

ADRESSE

TEL PORT

EMAIL

En cas d'urgence, personnes à prévenir :

NOM TEL PORT

NOM 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