

## FICHE LIAISON 2026 / 2027

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