

**AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE
ET/OU HABILITÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT :**

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : __ / __ / __ / __ / __ LIEN : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : __ / __ / __ / __ / __ LIEN : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : __ / __ / __ / __ / __ LIEN : _____

MESURES EN CAS D'URGENCE :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : DR. _____

N° __ / __ / __ / __ / __.

JE SOUSSIGNÉ MR OU MME _____ AUTORISE LES
RESPONSABLES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS À PRENDRE TOUTES LES MESURES QUI S'IMPOSENT EN CAS
D'URGENCE (FAIRE APPEL AUX SERVICES DE SECOURS ,HOSPITALISATION...).

SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ" :

DOCUMENTS À FOURNIR :

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS DE VOTRE ENFANT ET L'ATTESTATION DE
RESPONSABILITÉ CIVILE ET DE DOMMAGES CORPORELS

ATTESTATION :

NOUS CERTIFIONS L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS DE CE DOCUMENT. LE RÈGLEMENT DE
FONCTIONNEMENT EST DISPONIBLE AU BUREAU DE L'ACCUEIL DE LOISIRS OU SUR LE SITE INTERNET
[HTTPS://WWW.ASSOCIATIONMILLEBULLES.COM/](https://www.associationmillebulles.com/)

SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ" :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ACCUEIL DE LOISIRS MILLE BULLES



ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : __ / __ / __ LIEU : _____

CLASSE : _____ ECOLE FRÉQUENTÉE : _____

ADRESSE : _____

PAI : _____

MÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL N°1 :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

PROFESSION : _____ N°SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

PORTABLE : __ / __ / __ / __ / __ AUTRE : __ / __ / __ / __ / __

N°ALLOCATAIRE CAF : _____ N° ALLOCATAIRE MSA : _____

E-MAIL : _____ @ _____

PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL N°2 :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

PROFESSION : _____ N°SÉCURITÉ SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

PORTABLE : __ / __ / __ / __ / __ AUTRE : __ / __ / __ / __ / __

N°ALLOCATAIRE CAF : _____ N° ALLOCATAIRE MSA : _____

E-MAIL : _____ @ _____