



ACCUEIL DE MINEURS – FICHE DE LIAISON ALSH

**CENTRE PREMONVAL**

440 Chemin Bec de Peroseys 39220 PREMANON

03 84 60 78 07 centre.premonval@free.fr



**ENFANT**

**NOM**

**PRENOM**

Date de Naissance : ...../...../.....

AGE

Sexe :

Fille

Garçon

Numéro de Sécurité social couvrant l'enfant : .....

L'enfant est-il couvert par la couverture Mutuelle universelle (CMU) : Oui

Non

**REPRESENTANT LEGAUX DE L'ENFANT**

**RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :**

Père - Mère - Tuteur – autre-(1)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Bureau : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

**RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT :**

Père - Mère - Tuteur – autre-(1)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Bureau : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

Adresse de facturation (si différente)

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° D'ALLOCATAIRE CAF :  → Régime CAF  MSA  AUTRE : .....

Assurance responsabilité civile : (joindre justificatif) : Compagnie : .....

Numéro d'adhérent : ..... Tel : .....

**PERSONNES AUTRES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom	Prénom	Statut (gd parents...)	Ville de résidence	Téléphone fixe	Téléphone portable

**AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT**

Nom	Prénom	Statut (gd parents...)	Ville de résidence	Téléphone fixe	Téléphone portable

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.

Droits à l'image : J'autorise l'organisateur à photographier ou filmer mon ou mes enfants et à publier, diffuser et exposer les productions dans la limite ou elles ne portent pas atteinte à la dignité, à la vie privée ni à la réputation du participant. A cocher en cas de refus : Non

**SIGNATURE(S) du ou des responsables**

Fait le ...../...../.....