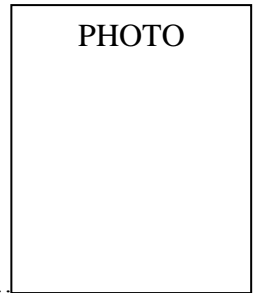


# Périscolaire Maternelle de Gassin

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom.....

Prénom.....

Né(e)le.....

Adresse .....

### PERE

Nom et prénom.....

N° de tel.....

Adresse.....

N° de port.....

e-mail.....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Profession : ..... N°de tel employeur : .....

### MERE

Nom et prénom.....

N° de tel.....

Adresse.....

N° de port.....

e-mail.....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Profession : ..... N°de tel employeur : .....

### SITUATION FAMILLIALE

Marié / pacsé

vie maritale

divorcé ou séparé

célibataire

N° de sécurité sociale (obligatoire) : .....

J'atteste être titulaire d'une assurance de responsabilité civile couvrant mon enfant, auprès de la société d'assurance

Nom et adresse .....

N° du contrat d assurance.....

SIGNATURE DU RESPONSABLE