



FICHE DE LIAISON

STAGE ORCHESTRE À CORDES

du 18 au 22 août 2025

Merci de remplir le document **lisiblement** en **lettre majuscule**.

Nom, prénom de l'enfant ou du stagiaire Majeur :

Date et lieu de naissance : le à Sexe : M / F

Ecole fréquentée :

Niveau scolaire :

Représentant légal 1 : père, mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom :

Adresse :

Mail :

☎ : Tél Domicile : ____/____/____/____/____/____ ☎ : Tél Portable : ____/____/____/____/____/____

Représentant légal 2 : père, mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom :

Adresse :

Mail :

☎ : Tél Domicile : ____/____/____/____/____/____ ☎ : Tél Portable : ____/____/____/____/____/____

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence (Majeur et Mineur) :

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Tél Domicile : ____/____/____/____/____/____ ☎ : Tél Portable : ____/____/____/____/____/____

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : Tél Domicile : ____/____/____/____/____/____ ☎ : Tél Portable : ____/____/____/____/____/____

Assurance responsabilité civile : **joindre un justificatif**

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.
A défaut, remplir le document ci-joint ou fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple : diabète, asthme, allergies alimentaires...)

.....
.....
.....

Conduite à tenir spécifique : (sommeil, hygiène, alimentation, port de lunettes, port d'appareillage auditif...)

.....
.....
.....

Traitement médicamenteux : (susceptible d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil).

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil, contactez le responsable.

Cela doit rester exceptionnel, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

.....
.....
.....

Allergies médicamenteuses connues :

.....
.....

Médecin traitant :



Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant, Veuillez contacter l'École des Arts Chevignois

En cas d'urgence, j'autorise un animateur ou un responsable de l'École des Arts Chevignois à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours, je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

✓ J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités mises en place par le stage. Je m'engage à faire connaître tout problème particulier le concernant et pouvant mettre en cause la présente autorisation.

✓ J'autorise les personnes responsables, en cas d'accident de mon enfant, à le faire soigner par les médecins de Chevigny-Saint-Sauveur ou à le faire hospitaliser, si son état le nécessite.

✓ Je m'engage à signaler tout changement afin de tenir cette fiche à jour.

L'École des Arts Chevignois décline toute responsabilité en cas d'accident survenu avant ou après les horaires d'activités. Il ne saurait être tenu responsable des accidents survenus indépendamment de toute faute de sa part.

Fait à Chevigny-Saint-Sauveur, le ____/____/2025

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2