



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Enfance/ jeunesse

### MJC LAGARRIGUE

#### ENFANT/ JEUNE:

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Tel :  
@ :  
FB :  
Domicile/ Adresse complète :

**photo**

#### AUTORITE PARENTALE

Situation familiale des parents :  
(Cochez la case correspondante)

Marié/concubinage ☐

Séparé/divorcé ☐

Droit de Garde mère ☐ Père ☐

(Merci de nous fournir une copie du jugement en cas de litiges)

Famille recomposée ☐

Vivant seul (e) ☐

Autre ☐

N° sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

#### Responsables légaux de l'enfant:

Nom :  
Prénom :  
Lien de parenté avec l'enfant :  
Domicile/ Adresse complète :  
Profession :  
Tél domicile :  
Tél portable :  
Tél professionnel :  
@ :

Nom :  
Prénom :  
Lien de parenté avec l'enfant :  
Domicile/ Adresse complète :  
Profession :  
Tél domicile :  
Tél portable :  
Tél professionnel :  
@ :

#### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

AUTRE QUE RESPONSABLES LEGAUX SI PLUS DE 2 PERSONNES, FOURNIR LA LISTE EN PJ

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél :