

Séjours :

☐ Hiver

☐ Printemps

☐ Été

☐ Automne

☐ Fin d'année

IDENTITE ENFANT

Nom (s) : Prénom(s) :

Sexe : Date de Naissance :

Date inscription : Ecole :

Assuré : Oui ☐ Non ☐ Assureur : Numéro de contrat :

Médecin traitant : Lieu d'hospitalisation :

IDENTITE DE LA FAMILLE

REPRESENTANT LEGAL 1

Nom :

Prénom :

Né le :

Quotient familial :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel Portable :

Tel travail :

Profession :

Email :

L'envoi des factures se fera via cette adresse mail

Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions, infos...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

REPRESENTANT LEGAL 2

Nom :

Prénom :

Né le :

Quotient familial :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel Portable :

Tel travail :

Profession :

Email :

L'envoi des factures se fera via cette adresse mail

Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions, infos...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.

SITUATION FAMILIALE

Marié/Pacsé ☐ Union Libre ☐ Divorcé/Séparé ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐

Pour les familles séparées, merci de nous indiquer le lieu où réside l'enfant :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

PERSONNES NON AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

AUTORISATIONS

Mon enfant sait nager OUI ☐ NON ☐

Mon enfant est autorisé à rentrer seul OUI ☐ NON ☐

J'autorise le transport de mon enfant en véhicule OUI ☐ NON ☐

J'autorise toute intervention chirurgicale en cas d'urgence..... OUI ☐ NON ☐

Je soussigné(e) déclare l'exactitude des renseignements notifiés ci-dessus ;

Fait à.....,

Le / /

Signature :