



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	REPRESENTANT LEGAL 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né le :	Né le :
Quotient familial :	Quotient familial :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Commune :	Commune :
Tel Portable :	Tel Portable :
Tel travail :	Tel travail :
Profession :	Profession :
Email :	Email :
<small>L'envoi des factures se fera via cette adresse mail</small>	<small>L'envoi des factures se fera via cette adresse mail</small>
<small>Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions, infos...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.</small>	<small>Je consens à recevoir des informations (rappels inscriptions, infos...) de la part de Familles Rurales via cette adresse mail.</small>

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 :

