



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Date inscription :

Autorisation d'intervention médical :

Autorisation de rentrer seul :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de transport en véhicule:

Ecole :

Classe :

Section :

Nage t-il :

Est-il assuré :

N° Contrat :

Assureur :

Début :

Fin :

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation :

Type de repas :

Allergie repas:

Personnes non habilitées à récupérer l'enfant :

Personnes non habilitées à récupérer l'enfant :

Personnes non habilitées à récupérer l'enfant :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	
.....	
.....	

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° sécurité sociale :

Employeur :

CAF :

N° CAF :

Régime :

Quotient :

Né(e) le :

Situation familiale :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° sécurité sociale :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° sécurité sociale :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature