# Nom de l’enfant : ..............

**Prénom de l’enfant : ..............**

Sexe : .............. Ecole : ..............

Date de naissance : .............. Classe : ..............

Date inscription : .............. Section : ..............

Autorisation d’intervention médical : ..............

Autorisation de rentrer seul : ..............

Autorisation de Filmer : ..............

Autorisation de transport en véhicule : ..............

Nage t-il : .............. Brevet Nat. : ..............

Est-il assuré : .............. Assureur : ..............

N° Contrat : .............. 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 : .............. .............. Né(e) le : ..............

**Prénom du responsable : ..............** Situation familiale : ..............

Email : ..............

Adresse : .............. ..............

Ville : .............. ..............

Tél. Domicile : .............. Tél. Professionnel : .............. Tél. Portable : ..............

Codification : .............. N° poste : ..............

Employeur : .............. Profession : ..............

CAF : .............. .............. N° CAF : ..............

Régime : .............. N° : ..............

Quotient : ..............

\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERE : Nom : ..............**  Email : ..............  Adresse : .............. ..............  Ville : .............. ..............  Tél. Domicile : .............. | **Prénom : ..............**  Tél. Professionnel : .............. | **Né le : ..............**  Tél. Portable : .............. |
| Codification : ..............  Employeur : .............. | N° poste : ..............  Profession : .............. |  |
| **MERE : Nom : ..............**  Email : ..............  Adresse : .............. ..............  Ville : .............. ..............  Tél. Domicile : .............. | **Prénom : ..............**  Tél. Professionnel : .............. | **Née le : ..............**  Tél. Portable : .............. |
| Codification : ..............  Employeur : .............. | N° poste : ..............  Profession : .............. |  |

Observations : ........................................................................................................................................................................

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

Fait à ……………………………………….., le : ……/……/……... Signature