



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :

Sexe :
Date de naissance :
Né(e) à :
Date inscription :

Ecole :
Classe :

Poids :
Taille :
Prendra le bus (oui/non) :

Nage t-il : Brevet Nat. :
Est-il assuré : Assureur :
N° Contrat : Début : Fin :
Certificat médical :
Autorisation d'intervention médicale :
Médecin traitant :
Autorisation de Filmer : Autorisation de rentrer seul(e) :
Lieu d'hospitalisation : Autorisation de transport en véhicule :
Type de repas : Allergie repas éventuelle :

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 :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

Quotient :

Code client :

Sous tutelle financière :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/...../.....

Signature