



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Né(e) à :

Ecole :

Classe :

Date inscription :

Groupe de l'enfant :

Nage t-il :

Brevet Nat. :

Est-il assuré :

Assureur :

Certificat médical :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

Autorisation de rentrer seul :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de transport en véhicule:

Lieu d'hospitalisation :

Allergie repas:

Type de repas :

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° SS :

Centre de sécu :

N° poste :

Profession :

Employeur :

CAF :

N° CAF :

Régime :

N° :

Quotient :

NB parts :

Code client :

Sous tutelle financière ? :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° SS :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° SS :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à , le :/...../.....

Signature