



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 Filmer : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Autorisation de transport en véhicule: .....

Type de repas : .....

Allergie 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