

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 :

Brevet Nat. :
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 :
Codification :
Employeur :
CAF :
Régime :
Quotient :

Né(e) le :
Situation familiale :

Tél. Professionnel :
N° poste :
Profession :
N° CAF :
N° :

Tél. Portable :

PERE : Nom :
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile :
Codification :
Employeur :

Prénom :

Né le :

Tél. Professionnel :
N° poste :
Profession :
Tél. Portable :

MERE : Nom :
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile :
Codification :
Employeur :

Prénom :

Née le :

Tél. Professionnel :
N° poste :
Profession :
Tél. Portable :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
Fait à , le :/...../.....

Signature