



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 :

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 :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/...../.....

Signature