

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :
Date inscription :

Ecole :
Classe :
Section :

Pointure :
Taille :

N° ADH :
Mutuelle :
Est-il assuré :
N° Contrat :

Nage t-il : Brevet Nat. :
N° Mutuelle :
Assureur :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médical :
Autorisation de Filmer :
Autorisation de rentrer seul :
Autorisation de transport en véhicule:
N° CAF :

Lieu d'hospitalisation :
CAF :
Type de repas :
Allergie repas:

Autorisé à participer aux activités organisées par l'asso : oui non
Autorisé à voyager dans les voitures des animateurs : oui non

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 : Portable :

N° de sécu :

Centre de sécu :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

N° :

Sous tutelle financière :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Signature