



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :
Né(e) à :
Date inscription :

Ecole :
Classe :

Nage-t-il :
Brevet Nat.

Médecin traitant :
Téléphone.....

Autorisation d'intervention médicale :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de Filmer /Photographier :

Autorisation de rentrer seul :

Autorisation de Transport en véhicule individuel ou collectif.....

Est-il assuré ? :

Assurance :

Allergie repas:

Personnes à prévenir en cas d'accident

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Nom du Responsable 1 (Père ou Mère).....

Prénom du responsable

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Centre de sécu :

Profession :

CAF ou MSA : N° CAF :

Régime :

Quotient :.....

Nom de l'allocataire.....

Responsable 2 (Père ou Mère) : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/.../.....

Signature du père et/ou signature de la mère et/ou signature du tuteur légal