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

Nom de la structure : .....

Ecole : .....
Classe : .....

Est-il assuré : .....
N° Contrat : .....

Assureur : .....
Début : .....
Fin : .....

Certificat médical : .....
Autorisation de Filmer : .....

Autorisation d'intervention médical : .....
Autorisation de rentrer seul : .....

Allergie repas: .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Nom du responsable : ....
Prénom du responsable : .....
Email : .....
Adresse : ....
Ville : ....
Tél. Domicile : .....

Né(e) le : .....
Situation familiale : .....

Tél. Professionnel : .....
Tél. Portable : .....

CAF : ....
N° CAF : .....
Régime : .....

PERE : Nom : .....
Prénom : .....
Né le : .....

Adresse : ....
Ville : ....
Tél. Domicile : .....
Tél. Professionnel : .....
Tél. Portable : .....

MERE : Nom : .....
Prénom : .....
Née le : .....

Adresse : ....
Ville : ....
Tél. Domicile : .....
Tél. Professionnel : .....
Tél. Portable : .....

Observations : .....

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