



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

Ecole :
Classe :
Section :

Mutuelle :
Est-il assuré :
N° Contrat :
Certificat médical :
Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :
CAF :
Type de repas :

N° Mutuelle :
Assureur :
Début : Fin :
Autorisation d'intervention médical :
Droit à l'image : Autorisation de rentrer seul :
Autorisation de transport en véhicule:
N° CAF :
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 :
Employeur :
Sous tutelle financière :

Situation familiale :

Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Profession :
Organisme de tutelle :

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

Prénom :

Quartier :
Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Profession :

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

Prénom :

Question :
Quartier :
Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Profession :

Observations :

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