

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....  
 Sexe : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Ecole : ..... Classe : .....

N° ADH : ..... Assureur : ..... Est-il assuré ? : .....

Mutuelle : ..... N° Mutuelle : .....

Médecin traitant : ..... Certificat Médical ? : .....

N° CAF : ..... Quotient organisme : .....

Type de repas : ..... Allergie repas : .....

autorisation de baignade : oui  non  Brevet Nat. : ..... Autorisation de Photographe/Filmer : oui  non

Autorisation d'intervention médical : oui  non  Autorisation de transport en véhicule : oui  non

	Père (ou responsable légal)	Mère
<b>Nom – Prénom</b>	.....	.....
<b>Date de naissance</b>	.....	.....
<b>Adresse</b>	..... .....	..... .....
<b>Téléphone domicile</b>	.....	.....
<b>Téléphone professionnel</b>	.....	.....
<b>Téléphone portable</b>	.....	.....
<b>Email</b>	.....	.....
<b>Profession</b>	.....	.....
<b>Employeur</b>	.....	.....
<b>N° de sécu</b>	.....	.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :  
 .....  
 .....  
 .....

Je soussigné .....  
 Déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus  
 Fait à ..... Le : ...../...../.....  
 Signature