



Nom de l'enfant :

Nom de la structure :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Né(e) à :

Date inscription :

Date d'entrée :

Date de sortie :

Ecole :

Classe :

Section :

Regroupement enfant :

Mutuelle :

Est-il assuré :

N Contrat :

Certificat médical :

Médecin traitant :

Type de repas :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de transport en véhicule:

N Mutuelle :

Assureur :

Début : Fin :

Autorisation d'intervention médical :

Lieu d'hospitalisation :

Allergie repas:

Autorisation de rentrer seul :

Personnes à prévenir en cas d'accident

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

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

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

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Centre de sécu :

Employeur :

Profession :

CAF :

N CAF :

Régime :

Quotient :

NB parts :

N de sécurité sociale :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N de sécurité sociale :

Centre de sécu. :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N de sécurité sociale :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/...../.....

Signature