

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 Photographier/Filmer : oui non

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

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

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

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