



NOM

PRENOM

AGE

TES COORDONEES

NUMERO DE PORTABLE

MAIL

...../...../...../...../.....

.....@.....

DATE DE NAISSANCE

PARENTS 1

N° CAF OU MSA :

NOM

PORTABLE

FIXE

Prénom

MAIL

@

ADRESSE

N° sécu :

PARENTS 2

NOM

PORTABLE

FIXE

Prénom

MAIL

@

ADRESSE (si différente)

N° sécu :

PERSONNES (AUTRE) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM

PRENOM

N° TEL

NOM

PRENOM

N°TEL

NOM

PRENOM

N°TEL

AUTORISATIONS

(A cocher pour acceptation/ rayer si refus)

J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités du Projet jeunes

J'autorise mon enfant à quitter seul le Projet jeunes

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du Projet jeunes et m'engage à le respecter

[DOCUMENT A REOURNÉ COMPLÉTÉ AVEC LA FICHE SANITAIRE ET 5 € D'ADHÉSION ANNUELLE]

Date :

Signature_s parent_s

Signature du jeune