



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)

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

O J'autorise mon enfant à quitter seul le Projet jeunes

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

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

Date :

Signature<sub>s</sub> parent<sub>s</sub>

Signature du jeune