



NOM PRENOM AGE

TES COORDONEES

NUMERO DE PORTABLE MAIL

...../...../...../...../.....@.....

DATE DE NAISSANCE

PARENTS 1 **N° CAF OU MSA :**

NOM PORTABLE FIXE

Préom MAIL @

ADRESSE

N° sécu :

date de naissance :

PARENTS 2

NOM PORTABLE FIXE

Préom MAIL @

ADRESSE

N° sécu :

date de naissance :

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 activité 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'engager à le respecter

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

Date :

Signature_s parent_s

Signature du jeune