



PROJET JEUNES CINGAL SUISSE NORMANDE
ANNEE 2025- 2026

NOM

PRENOM

TES COORDONEES

NUMERO DE PORTABLE

MAIL

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

@.....

DATE DE NAISSANCE

PARENTS 1

N° CAF OU MSA :

NOM

PORTABLE

FIXE

Prénom

MAIL

@

ADRESSE

N° sécu :

date de

naissance :

PARENTS 2

NOM

PORTABLE

FIXE

Prénom

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 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'engager à le respecter

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

Date :

Signatures parents

Signature du jeune