

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 :

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)

O J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activité 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'engager à le respecter

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

Date :

Signatures parents

Signature du jeune