



**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Ecole : .....

Classe : .....

Taille : .....

Poids : .....

Autorisation de Filmer : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

Mutuelle : .....

Est-il assuré : .....

Assureur : .....

Autorisation d'intervention médical : .....

Médecin traitant : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident et téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant et téléphone
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Situation familiale : .....

Désirez-vous recevoir la facture par mail :

:

Souhaitez-vous recevoir la newsletter

CAF : .....

N° CAF : .....

Quotient : .....

**RESPONSABLE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

**RESPONSABLE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

Email : .....

N° de Sécu. : .....

Centre de Sécu. : .....

Employeur : .....

Profession : .....

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ....., le : ..../.../.....

Signature