



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