



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Date inscription :
 Groupe de l'enfant :
 Autorisation de transport en véhicule:
 Autorisation de Filmer :
 Autorisation de rentrer seul :
 Ecole :
 Classe :
 Section :

N° ADH : Nage t-il : Brevet Nat. :
 Médecin traitant :
 Autorisation d'intervention médical :
 Lieu d'hospitalisation :
 CAF :
 Type de repas : Allergie repas:

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

Nom du responsable :
Prénom du responsable : Situation familiale :
 Email :
 Adresse :
 Ville : Quartier :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 N° Sécurité Sociale : N° poste :
 Employeur :
 Profession :
 CAF : N° CAF :
 Régime : N° :
 Revenu Mensuel : Quotient : NB parts :

PERE : Nom : **Prénom :**
 Email :
 Adresse :
 Ville : Quartier :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 N° Sécurité Sociale : N° poste :
 Employeur :
 Profession :

MERE : Nom : **Prénom :**
 Email :
 Adresse :
 Ville : Quartier :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 N° Sécurité Sociale : N° poste :
 Employeur :
 Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
 Fait à, le :/...../..... Signature