



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Né(e) à :
 Date inscription :

Nom de la structure :
 Ecole :
 Classe :
 Taille :
 Pointure :

N° ADH :

Nage t-il : Brevet Nat. :

Certificat médical :
 Médecin traitant :
 Lieu d'hospitalisation :
 CAF :
 Type de repas :

Autorisation d'intervention médical :
 Autorisation de Filmer : Autorisation de rentrer seul :
 Autorisation de transport en véhicule:
 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° de secu :

Centre de sécu :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF : Autorisation CAF Partenaire:

Régime :

N° :

Quotient :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de secu :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de secu :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/...../.....

Signature