



**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