



Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 ..

Nom de la structure :
 Ecole :
 Classe :

N° ADH :

Nage t-il : Brevet Nat. :
 Assureur : Début : Fin :

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:
 N° CAF :
 Allergie repas:

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

Nom du responsable :
 Prénom du responsable :
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Professionnel :
 Employeur :
 CAF :
 Quotient :

Né(e) le :
 Situation familiale :
 :
 Tél. Domicile :
 Tél. Portable :
 Profession :
 Régime : N° :
 NB parts : Code client :

PERE : Nom :
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Professionnel :
 Employeur :

Prénom :
 Question :
 Tél. Domicile :
 Tél. Portable :
 Profession :

Né le :

MERE : Nom :
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Professionnel :

Prénom :
 Question :
 Tél. Domicile :
 Tél. Portable :

Née le :
 Profession :

Observations :

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