



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

Nom de la structure :
 Ecole :
 Section :

Mutuelle :
 Est-il assuré :
 N° Contrat :

Nage t-il :
 Assureur :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant : Autorisation de Filmer : Autorisation de rentrer seul :

Lieu d'hospitalisation :

CAF : N° 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 :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de sécu :

Centre de sécu :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

N° :

Quotient :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/.../.....

Signature