

Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Ecole : Section :

Assureur pour les activités extrascolaires:
 N° Contrat : Début : Fin :
 Autorisation d'intervention médical : O / N
 Médecin traitant : Autorisation de photographe : O / N Autorisation de rentrer seul : O / N
 Lieu d'hospitalisation : Autorisation de transport en véhicule : O / N

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

Nom du responsable :
 Prénom du responsable : Situation familiale : Séparé / Divorcé – Marié ou Vie maritale – Veuf (ve)
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 Employeur : Profession :
 Régime CAF – MSA – Autre régime (à préciser)
 N° Allocataire :

PERE (Ne pas remplir si idem responsable) :

Nom : Prénom :
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 Employeur : Profession :

MERE (Ne pas remplir si idem responsable) :

Nom : Prénom :
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
 Employeur : Profession :

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

Fait à, le :/..../..... Signature