



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Groupe d'âge :

Autorisation de Filmer et de photographeur : OUI NON

Autorisation de Rentrer Seul : OUI NON

Autorisation d'intervention médicale : OUI NON

Etes-vous bénéficiaire de la CMU ? : OUI NON

Autorisation de transport en véhicule: OUI NON

Type de repas :

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. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de sécu :

Employeur : Profession :

N° CAF :

Quotient :

PERE : Nom : **Prénom :**

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de sécu :

Employeur : Profession :

MERE : Nom : **Prénom :**

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

N° de sécu :

Employeur : Profession :

Observations :

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

Fait à, le :/..../.....

Signature