



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Date inscription :

Nom de la structure :

Ecole :

Classe :

N° ADH :

Certificat médical :

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de transport en véhicule:

Type de repas :

Autorisation d'intervention médical :

Autorisation de rentrer seul :

Pointure : Taille : Nage t-il : Brevet Nat. :

<i>Personnes à prévenir en cas d'accident</i>	<i>Personnes habilitées à récupérer l'enfant</i>
.....
.....
.....

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Email :

Ville :

Né(e) le :

Situation familiale :

Adresse :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

PERE : Nom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Employeur :

Prénom :

Tél. Professionnel :

Profession :

Né le :

Tél. Portable :

MERE : Nom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Employeur :

Prénom :

Tél. Professionnel :

Profession :

Née le :

Tél. Portable :

Observations :

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

Fait à le :/...../.....

Signature