



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :
Date de naissance :
Date inscription :

Ecole :
Classe :
Section :

Nom Assurance :
Certificat médical :
Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :
Autorisation d'intervention médical :

Régime :
CAF :
N CAF :
Quotient :
NB parts :

Type de repas :
Allergie repas :
Nage t-il :

Autorisation de publication (Photos et Films):
Autorisation de transport en véhicule:
Autorisation de rentrer seul :

Personnes à prévenir en cas d'accident :
.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

.....

Nom du responsable :
Prénom du responsable :
Email :

Né(e) le :
Situation familiale :

Adresse :
Ville :
Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Employeur :

Profession :

Observations :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ALSH.
 Déclare avoir pris connaissance du Règlement intérieur.

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