

Enfant

Nom de l'enfant : _____
 Prénom de l'enfant : _____
 Né(e) le : _____

Photo

Repas Spéciaux : aucun sans porc

Parents

Père

Nom et prénom : _____ N° de Tél. : _____
 Adresse : _____ N° de Port. : _____
 e-mail : _____

Nom et Adresse de l'employeur : _____

Profession : _____ N° de Tél. Employeur : _____

Situation familiale : Marié / Pacsé Vie maritale Divorcé ou séparé Célibataire

Mère

Nom et prénom : _____ N° de Tél. : _____
 Adresse : _____ N° de Port. : _____
 e-mail : _____

Nom et Adresse de l'employeur : _____

Profession : _____ N° de Tél. Employeur : _____

Régime Allocataire : C.A.F M.S.A R.A.M

N° Allocataire (Obligatoire) : _____

N° de sécurité sociale : (Obligatoire) : _____

J'atteste être titulaire d'une assurance de responsabilité civile couvrant mon enfant, auprès de la société

d'assurance (nom de l'assureur) sous le N° (contrat d'assurance)

Recommandations des Parents

Port de Lunettes Allergie Asthme

Mentionnez les informations nécessaires pour que le Centre de Loisirs accueille votre enfant dans les meilleures conditions

Autres : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (en dehors des parents)

Nom	Prénom	Lien de Parenté	N° de Téléphone	N° de Portable