



**Nom de l'enfant :** .....  
**Prénom de l'enfant :** .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : .....  
 Date inscription : .....

Nom de la structure : .....  
 Ecole : .....  
 Classe : .....  
 Section : .....

Certificat médical : .....

Autorisation d'intervention médical : .....  
 Autorisation de Filmer : .....  
 Autorisation de transport en véhicule: .....

Type de repas : .....  
 Allergie repas: .....

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

**Nom du responsable :** .....  
**Prénom du responsable :** .....

Situation familiale : .....

Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....  
 N° poste : .....

Profession : .....

**PERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....  
 N° poste : .....

Tél. Portable : .....

Profession : .....

**MERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....  
 N° poste : .....

Tél. Portable : .....

Profession : .....

Observations : .....

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

Fait à ....., le : ...../...../.....

Signature