
Date d'inscription :

Nom et Prénom de l'enfant : -----

Date de naissance : -----

Nom et Prénom de la mère : -----

Adresse : -----

Tél fixe : ----- Tél portable : -----

Adresse e-mail -----

Profession : -----

Nom et adresse de l'employeur : -----

Tél employeur : -----

Nom et Prénom du père : -----

Adresse : -----

Tél fixe : ----- Tél portable : -----

Adresse e-mail -----

Profession : -----

Nom et adresse de l'employeur : -----

Tél employeur : -----

N^{os} de sécurité sociale : -----

N^{os} d'allocataire CAF ou autre organisme : -----

Nombre d'enfants à charge : -----

N^{os} d'assurance responsabilité civile familiale : -----

Nom du médecin traitant : -----

Adresse et Nos de Tél : -----

Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant :

- Nom et prénom ----- Tél : -----
- Nom et prénom ----- Tél : -----
- Nom et prénom ----- Tél : -----