



Nom :

Prénom :

Sexe :
Date de naissance :

Ecole :
Classe :

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

Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :

Personnes à prévenir en cas d'accident (préciser le n de tel)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

Nom du responsable :
Prénom du responsable :

Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
CAF : N CAF : Régime :
Quotient :

PERE : Nom : **Prénom :**

Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

MERE : Nom : **Prénom :**

Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

J'ai lu et j'approuve le règlement intérieur de l'association les P'tits Paulx : OUI NON

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

—
—