



Nom du jeune :
Prénom du jeune :
Sexe :
Date de naissance :
Né(e) à :
Ecole : **Classe :**
Email du jeune :
Tél. Portable du jeune :

Autorisation de Rentrer Seul :

Autorisation de Filmer :

Mutuelle :

N° Mutuelle :

Est-il assuré :

Assureur :

N° Contrat :

Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation :

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

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

N° allocataire CAF :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

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

Fait à, le :/...../.....

Signature