NOM et PRENOM DE L’ENFANT……………………………………….……….……. CLASSE………………… Sexe : F □ M □

Date de naissance : ………/……../………… Lieu de naissance : ……………………………………… CP : ……………………....

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable légal 1** :Père □ Mère □ Tuteur □Situation Familiale :Célibataire □ Union Libre □ Marié(e) □Séparé(e) □ Divorcé(e) □ veuf (ve) □ | **Responsable légal 2** :Père □ Mère □ Tuteur □Situation Familiale :Célibataire □ Union Libre □ Marié(e) □Séparé(e) □ Divorcé(e) □ veuf (ve) □ |
| M □ Mme □Nom : ………………………………………………………………………Nom de jeune fille : ……………………………………..………….Prénom : ………………………………….……………………………..Adresse :…………………………………………………………..………………………………………………………………………..……………….………………………………………………………………………………….CP Ville : ………………………………………………Tel dom : …………………………………………………..Tel port : ……………………………………………………Tel Travail :………………………………………………….Courriel :…………………………………………………………………Profession : …………………………………………………………….Nom et Adresse de l’employeur :……………………………………………………………..…………………..………………………………………………..………………………………..CP Ville ……………………………………………Tel pro : ……………………………………………… | M □ Mme □Nom : ………………………………………………………………………………Nom de jeune fille : ………………………………………………………….Prénom : …………………………………………………..……………………..Adresse :…………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…….…………….…………………………………………………………………………..…………….CP Ville : ……………………………………………………Tel dom : …………………………………………………..Tel port : ……………………………………………………Tel Travail :…………………………………………………Courriel :……………………………………………………………………………Profession : ……………………………………………………………………….Nom et Adresse de l’employeur :…………………………………………………………….……………………………..……………………………………………………………….…………………………..CP Ville ……………………………………Tel pro : ……………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Allocataire CAF**Nom et prénom de l’allocataire : …………………………………………………..……………N° de CAF : ………………………………………………………….N° de sécurité sociale de la personne qui couvre l’enfant :……………………………………………………………………………………………. | □ Régime MSA□ Autre |

Attestation d’assurance responsabilité civile N° contrat ……………………………………..Compagnie ………………………….

**Médecin traitant de l’enfant** : Nom

Adresse et téléphone : …………………………………………..……………………………………….... Signature