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