



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :
Né(e) à :
Nb de frères et soeurs :

Nom de la structure :
Ecole :
Classe :
Niveau de Ski :
Nage t-il : Brevet Nat. :

Mutuelle : N° Mutuelle :
Est-il assuré : Assureur :
N° Contrat : Début : Fin :
Certificat médical : Autorisation d'intervention médical :
Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :
Autorisation de transport en véhicule:
Autorisation de Filmer :
Autorisation de rentrer seul :
Type de repas :
Allergie repas:

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

Nom du responsable : **Prénom du responsable :**
Situation familiale :
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de sécu : Centre de sécu : N° poste :
Employeur : Profession :
CAF : N° CAF : Régime : N° :
Quotient :

PERE : Nom : **Prénom :**
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de Sécu. : Centre de Sécu. : N° poste :
Employeur : Profession :

MERE : Nom : **Prénom :**
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de Sécu. : Centre de Sécu. : N° poste :
Employeur : Profession :

Observations :

Document à imprimer, remplir et renvoyer à Gladys Radici, Communauté de Communes du Cézallier – Mairie – 15190 CONDAT

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