

CENTRE SOCIAL - CCAS

NOM de l'enfant : Ecole :
Prénom de l'enfant : Classe :
Sexe :
Date de naissance :
Taille : Pointure :

Mutuelle : N° Mutuelle :
Assurance : N° Contrat assurance :
Début : .../.../... Fin : .../.../...
Autorisation d'intervention médicale : Autorisation de filmer :

Lieu d'hospitalisation :
CAF :
Type de repas :

Personnes à prévenir en cas d'accident Nom, prénom, qualité et téléphone	Personnes autorisées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....
.....

Nom du responsable : Civilité : Né(e) le :
Prénom du responsable : Situation familiale :
Email :
Adresse :
Ville : Quartier :
Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :
N° de Sécu : Centre de sécu :
Employeur : Profession :
CAF : N° CAF : Autre régime :
Quotient organisme :
Sous tutelle financière ? : Organisme tutelle :

PERE : Nom : Prénom : Né le :
Email :
Adresse :
Ville : Quartier :
Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :
N° de Sécu : Centre de sécu :
Employeur : Profession :

MÈRE : Nom : Prénom : Né le :
Email :
Adresse :
Ville : Quartier :
Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :
N° de Sécu : Centre de sécu :
Employeur : Profession :

Je soussigné déclare exacts les renseignements ci-dessus
Fait à le *Signature*