



Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Adhésion le : ..... Sexe : M  F

Nom et adresse de facturation : .....  
 .....

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

Allergies : .....

Recommandations des parents : .....  
 .....

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
N° Sécurité sociale :				
Catégorie socioprof. :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

N° Allocataire C.A.F. : ..... Régime social : .....

C.A.F. d'appartenance : CAF DE BESANCON  Autre C.A.F. ....

Revenu mensuel ..... Nbre Enfants à charge : .....

Famille : Couple  Monoparentale  Accueil

**NOM ET ADRESSE DES**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail/Poste :		

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI  NON

**Médecin traitant :** Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

é é é é é

Fait à ....., le ..... Signature :