



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe : Masculin / Féminin

Date de naissance :

NÈ(e) à :

Date inscription :

Groupe de l'enfant :

Ecole :

Classe :

Section :

N= ADH :

Assureur :

Médecin traitant :

Lieu d'hospitalisation : Thonon / CHAL

NH CAF :

Type de repas : Normal / Sans Porc / Autres

Autorisation de transport en véhicule : Oui / Non

Droit à l'image : Oui / Non

Autorisation d'intervention médical : Oui / Non

Nom du responsable (facturation) :

Né(e) le :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Tél. Professionnel :

NH allocataire CAF :

Régime :

Sous tutelle financière :

Quotient 1 :

Nom de la CAF :

Organisme de tutelle :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Employeur :

Tél. Professionnel :

Profession :

Observations :

J'accepte les modalités du règlement intérieur.

Je soussigné(e) Déclare exacte les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à, le :/...../20.....

Signature :