



La Caf 17, la CDA de Saintes et la MSA participent au financement de ce lieu d'accueil

Les Aventuriers

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Date inscription :

Ecole :

Classe :

Section :

AVS :

Droit à l'image :

Nage t-il :

Autorisation de rentrer seul :

Autorisation de transport en véhicule :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médical :

Lieu d'hospitalisation :

Assureur :

N° Contrat :

Début :

Fin :

Type de 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. Portable :

Tél. Professionnel :

N° de sécu :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

N° :

Quotient :

PERE : Nom :

Prénom :

Idem responsable

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Tél. Professionnel :

N° de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Idem responsable

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Tél. Professionnel :

N° de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/.../.....

Signature