



Les Aventuriers



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

Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Date inscription :

Ecole :
 Classe :
 Section :
 AVS :

Droit à l'image :
 Autorisation de rentrer seul :
 Pass Aquatique/Attestation Aisance Aquatique/Attestation Savoir Nager :

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