



# 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 : .....  
 AEEH : .....

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