



N° ADH :
 Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Né(e) à :
 Date inscription :

Ecole :
 Classe :

Nage t-il : Brevet Nat. :
 Assureur : N° Contrat : Début : Fin :
 Certificat médical : Autorisation d'intervention médical :

Médecin traitant :
 Lieu d'hospitalisation : Autorisation de transport en véhicule:
 Type de repas : **Autorisation de rentrer seul :** A partir de :
 Allergie repas:

Autorisation de Filmer :

Si oui : accepte que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo ou filmé pendant les activités et autorise l'exploitation de ces images dans les outils d'information ou de communication du CSCS FLEP.

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
Nom + tel
Nom + tel
Nom + tel

Nom du responsable : **Né(e) le :**
Prénom du responsable : **Situation familiale :**
 Email :
 Adresse :
 Ville : **Quartier :**
 Tél. Domicile : **Tél. Portable :**
 Profession : **Tél. Professionnel :**
 CAF : **N° CAF :** **Régime :** **N° :**
 Quotient :
 Sous tutelle financière : **Organisme de tutelle :**

PERE : Nom : **Prénom :** **Né le :**
 Email :
 Adresse :
 Ville : **Quartier :**
 Tél. Domicile : **Tél. Portable :**
 Profession : **Tél. Professionnel :**

MERE : Nom : **Prénom :** **Née le :**
 Email :
 Adresse :
 Ville : **Quartier :**
 Tél. Domicile : **Tél. Portable :**
 Profession : **Tél. Professionnel :**

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
 Fait à le :/...../..... Signature