



CAP CAZI

ALSH Cazifolie's

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Sexe :
 Groupe ALSH (3-5 ans, 6-8 ans - 9 et plus) :

Nom et Prénom du responsable :

Situation familiale :

CAF : N° CAF :
 Autre Régime : N° : Quotient familial:

Père ou Responsable 1		Mère ou Responsable 2	
Nom	.....	Nom	.....
Prénom	.....	Prénom	.....
Date de naissance	.....	Date de naissance	.....
Adresse	.....	Adresse	.....
Ville	.....	Ville	.....
Tél.domicile	.....	Tél.domicile	.....
Tél. portable	.....	Tél. portable	.....
@	@
profession	.....	profession	.....
employeur	.....	employeur	.....
Tél. prof.	.....	Tél. prof.	.....

Divers

- Accepte le règlement intérieur : Oui
- Autorisation de filmer et photographier :
- Autorisation de transport en véhicule:
- Nage-il :
- Brevet de natation :
- Autorisation d'intervention médical :
- Médecin traitant : Lieu d'hospitalisation :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

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