



CAP CAZI

☐ **ALSH Cazifolie's**
☐ **ALP Caziminu's**

1. ENFANT

- **Nom et prénom de l'enfant :**
- Date de naissance :
- Sexe :
- Groupe ALSH (3-5 ans, 6-8 ans - 9 et plus) :
- Classe (PS-MS_GS_CP_CE1-CE2-CM1-CM2_Collège) :
- Reconnaissance handicap : avec Brevet de natation :

2. RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

- Nom _ Prénom :
 - Lien avec l'enfant :
 - Situation familiale :
 - Date de naissance :
 - Adresse :
Ville :
- Tél.domicile :
 - Tél. portable :
 - @ :
 - Profession :
 - Employeur :
 - Tél. prof. :

Responsable légal 2 :

- Nom _ Prénom :
 - Lien avec l'enfant :
 - Situation familiale :
 - Date de naissance :
 - Adresse :
Ville :
- Tél.domicile :
 - Tél. portable :
 - @ :
 - Profession :
 - Employeur :
 - Tél. prof. :

3. RENSEIGNEMENTS CAF / MSA

- CAF : avec n° CAF :
- Autre Régime : avec n° :
- Quotient familial :

4. AUTRES RENSEIGNEMENTS

- Accepte le règlement intérieur : Oui
- Autorisation de : Filmer et photographier :
Autorisation de transport en véhicule :
- Autorisation d'intervention médical :
- Médecin traitant : - Lieu d'hospitalisation :
- Type de repas (Normal - PAI - Sans porc - Végétarien) : - Allergies alimentaires :

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