



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Né(e) à :
 Date inscription :
 Date d'entrée :

Nom de la structure : Familles Rurales de la Brie

Ecole :

N° ADH :

Est-il assuré :

Assureur :

N° Contrat :

Début : Fin :

Autorisation de Filmer :

Autorisation de rentrer seul :

Lieu d'hospitalisation :

Autorisation de transport en véhicule (exemple : bus) :

CAF/MSA :

N° CAF/MSA :

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

Nom du responsable : **Né(e) le :**

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

..... :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Centre de sécu :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF/MSA :

N° CAF/MSA :

Quotient :

PERE /MERE: Nom :

Prénom :

Né le :

(rayer la mention inutile)

Email :

Adresse :

Ville :

Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

Centre de Sécu. :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../..... Signature