



CENTRE DE LOISIRS LONGNY 2022/2023

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Né(e) à :

Ecole :

Classe :

Nage-t-il :

Autorisation d'intervention médicale :

Médecin traitant :

Recommandations utiles :

Autorisation de Filmer /Photographier :

Autorisation de Transport en véhicule:

Autorisation de rentrer seul :

Type de repas :

Allergie repas:

Est-il assuré ? :

Assurance :

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

Nom du Responsable 1 (Père ou Mère) :

Prénom du responsable 1 :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

N° de sécu :

Tél. Professionnel :

Centre de sécu :

Tél. Portable :

N° poste :

Employeur :

Profession :

CAF :

N° CAF :

Régime :

Responsable 2 (Père ou Mère) : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

N° de Sécu. :

Tél. Professionnel :

Centre de Sécu. :

Tél. Portable :

N° poste :

Employeur :

Profession :

Observations :

J'autorise la CDC à consulter mon QF sur CAF PRO (rayer la mention inutile) : OUI

NON

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

Fait à, le :/...../.....

Signature