



POLE ENFANCE ET JEUNESSE - VILLE DE CALVI

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe : Ecole :
Date de naissance : Classe :
Né(e) à : Section :
Date inscription :
Ecole précédemment fréquentée :

Assureur :
N° Contrat : Début : Fin :
Autorisation d'intervention médical : Lieu d'hospitalisation :
Médecin traitant :
Autorisation de filmer : Autorisation de rentrer seul :
Type de repas : Sans porc: oui non
Allergie repas:

Nom du responsable :
Prénom du responsable : Situation familiale :

Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Employeur : Profession :
CAF : N° CAF : ou autre Régime : N° :

PERE : Nom :
Prénom :
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Employeur : Profession :

MERE : Nom :
Prénom :
Email :
Adresse :
Ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
Employeur : Profession :

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

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

Signature