

NOM	
Prénom	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Date naissance	Lieu
Ecole/collège	Classe
T I Portable	

N° CAF QF

Représentant 1

Nom - Prénom H F Situation familiale

Adresse

Code postal Ville Quartier

T I Domicile T I Portable

Courriel

Représentant 2

Nom - Prénom H F Situation familiale

Adresse

Code postal Ville Quartier

T I Domicile T I Portable

Courriel

Médecin traitant Nom Tél	Allergie(s)
Habitude(s) alimentaire(s)	Maladie(s)
Vaccin DT Polio - Date rappel	Traitements spécifiques - observations
PAI Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant, autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie partielle ou totale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

- Autorisation du Droit à l'image Oui Non
- Autorisation de sortir seul(e) à la fin d'une activité Oui Non
- Autorisation de communiquer mon numéro de téléphone pour du covoiturage Oui Non
- Autorisation de participation à un groupe whatsapp (pour les plus de 13 ans) Oui Non
- Autorisation Escalado de consulter Caf Pro pour mettre à jour mon coefficient familial Oui Non
- Reconnaissance AAEH Oui Non

Fait à saint-Nazaire, le

Signature