

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Certificat <input type="checkbox"/>
Assurance <input type="checkbox"/>
Autorisations <input type="checkbox"/>

NOM : **PRENOM :** **Date de Naissance :**

Ecole : **Classe :**

Infos particulières (allergies, santé, alimentation) :

Nom(s) Prénom(s) parent(s) :

Adresse (adresse + quartier) :

N° allocataire CAF :

Adresse mail :

Tél. Domicile :

Tél. Mobile **Père :** **Mère :**

Tél. Professionnel **Père :** **Mère :**

Profession et lieu de travail **Père :** **Mère :**

Autorisations

Je soussigné(e)

-autorise mon enfant (Nom Prénom)

à rentrer seul après les activités : OUI NON

-autorise : Madame/Monsieur Tél. :

Madame/Monsieur Tél. :

à récupérer mon enfant au CAPT Parc de Montaud.

-autorise l'association à qui je confie mon enfant à prendre le cas échéant toutes mesures de soins nécessitant son état : OUI NON

Date : **Signature :**