



Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe :
 Date de naissance :

Nage t-il :

Brevet Nat. :

Est-il assuré :
 N° Contrat :

Assureur :
 Début : Fin :

Médecin traitant :
 Lieu d'hospitalisation :

Droit à l'image oui non.

Type de repas :
 Allergie repas:

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

N° allocataire CAF :
 N° MSA :
 Quotient 1 :

PERE : Nom : **Prénom :** **situation familiale :**
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel :
 Tél. Portable : N° poste :
 Employeur :

MERE : Nom : **Prénom :** **situation familiale :**
 Email :
 Adresse :
 Ville :
 Tél. Domicile : Tél. Professionnel :
 Tél. Portable : N° poste :
 Employeur :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus, avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

J'autorise le gestionnaire à consulter l'applicatif Cdap de la Caf pour la détermination du tarif applicable.

Fait à, le :/...../.....

Signature