



**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

**Sexe :** Masculin / Féminin

**Date de naissance :** .....

**Né(e) à :** .....

**Date inscription :** .....

**Groupe de l'enfant :** .....

**Ecole :** .....

**Classe :** .....

**Section :** .....

**N= ADH :** .....

**Assureur :** .....

**Médecin traitant :** .....

**Lieu d'hospitalisation :** Thonon / CHAL

**NH CAF :** .....

**Type de repas :** Normal / Sans Porc / Autres .....

**Autorisation de transport en véhicule :** Oui / Non

**Droit à l'image :** Oui / Non

**Autorisation d'intervention médical :** Oui / Non

**Nom du responsable (facturation) :** .....

**Né(e) le :** .....

**Prénom du responsable :** .....

**Situation familiale :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Quartier :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**NH allocataire CAF :** .....

**Régime :** .....

**Sous tutelle financière :** .....

**Quotient 1 :** .....

**Nom de la CAF :** .....

**Organisme de tutelle :** .....

**PERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Né le :** .....

**Email :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Employeur :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**Profession :** .....

**MERE : Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Née le :** .....

**Email :** .....

**Adresse :** .....

**Ville :** .....

**Tél. Domicile :** .....

**Tél. Portable :** .....

**Employeur :** .....

**Tél. Professionnel :** .....

**Profession :** .....

Observations : .....

J'accepte les modalités du règlement intérieur.

Je soussigné(e) ..... Déclare exacte les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à ....., le : ...../...../20.....

**Signature :**