

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ SEXE \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CP/VILLE \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Police d'assurance couvrant les risques Responsabilité Civile et Individuelle accidents corporels

COMPAGNIE \_\_\_\_\_

Numéro \_\_\_\_\_

Date de validité \_\_\_\_\_

### Renseignements relatifs aux responsables de l'enfant

MERE \_\_\_\_\_

NOM Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

TEL domicile \_\_\_\_\_ Tel bureau \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Centre de paiement \_\_\_\_\_

N° de Mutuelle Nom et Adresse \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Tel de l'employeur \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PERE \_\_\_\_\_

NOM Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

TEL domicile \_\_\_\_\_ Tel bureau \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Centre de paiement \_\_\_\_\_

N° de Mutuelle Nom et Adresse \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Tel de l'employeur \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je soussigné NOM Prénom \_\_\_\_\_ que ces renseignements sont exacts

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL