

Veillez entourer la personne à qui nous devons envoyer la facture. (Père ou Mère)

- **PÈRE** : N° Registre National* :.....

Nom et Prénom :.....

Adresse :.....

Localité :.....

Téléphone :..... Gsm :.....

Profession :.....

Employeur :.....

Téléphone travail :.....

État civil :.....

- **MÈRE** : N° Registre National* :.....

Nom et Prénom :.....

Adresse :.....

Localité :.....

Téléphone :..... Gsm :.....

Profession :.....

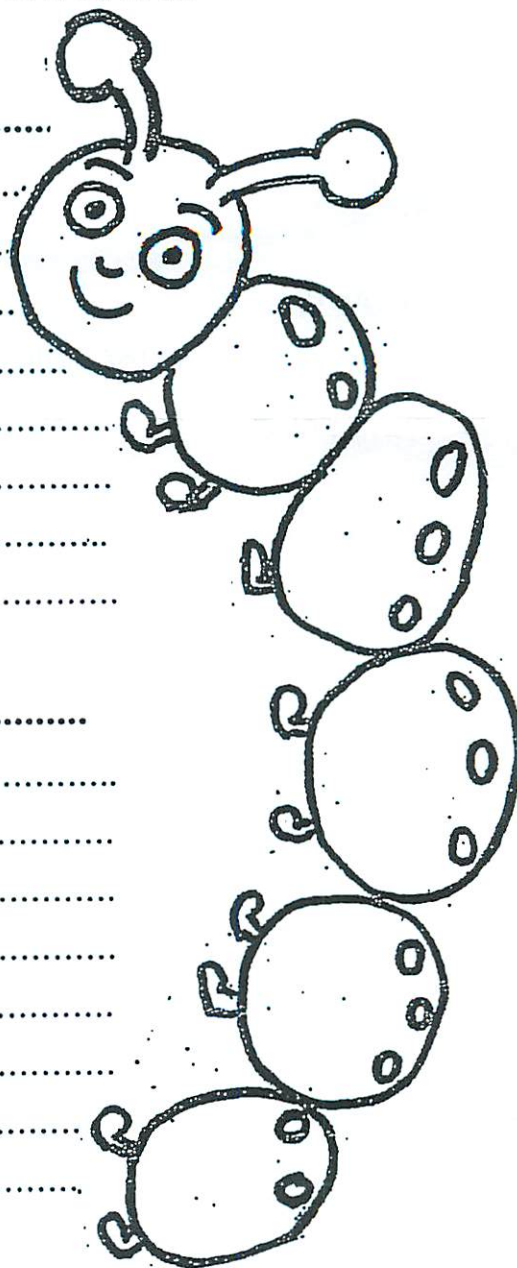
Employeur :.....

Téléphone travail :.....

État civil :.....

- **ENFANT(s)**

	Noms	Prénoms	Date de naissance	École	Classe	Domicilié chez (Papa/maman)
1						
2						
3						
4						



*N° Registre National : est votre date de naissance inversée + 5 chiffres à l'arrière de votre carte d'identité.

- CONTACT (autre que les parents)

Nom et Prénom :.....

Adresse :.....

Localité :.....

Téléphone :..... Gsm :.....

Nature :.....

- SANTE

Médecin traitant/pédiatre :.....

Téléphone :.....

- TRAITEMENTS (en cas de « petits bobos ») :

Voici la liste des médicaments que nous pouvons utiliser sur vos enfants,
barrez ce qui ne vous convient pas .

- Arnica gel,
- Arnica granule homéopathique,
- Désinfectant,
- Calmiderm, pommade contre les démangeaisons de piqûres d'insectes,
- Lamiderm en cas de brûlures,
- Sparadrap.

- REMARQUES : (Allergies, autorisation de sortie, autres...)

1.....

2.....

3.....

◆• Pouvons-nous photographier votre enfant en activité, dans le but de réaliser un montage photos? : OUI-NON

J'atteste que les données figurant au présent document **sont sincères et véritables.**

DATE et SIGNATURE,