



ANNEE 2019/2020

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

ADRESSE MAIL :

TELEPHONE :

ALLERGIES ; ANT.MEDICAUX :

PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT :

.....

RESERVATION A L'ASSOCIATION :

AUTORISATION SORTIE CLASSE

ATTESTATION D'ASSURANCE

CERTIFICAT MEDICAL

AUTORISATION DE DIFFUSION

ADHESION