

**FEUILLE D'INSCRIPTION
CENTRE DE L'ENFANCE**

Enfant :

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

N° d'allocataire CAF :

N° d'allocataire MAS :

<u>Père ou Tuteur Légal :</u>	<u>Mère ou Tutrice Légale :</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
N° de téléphone portable :	N° de téléphone portable :
N° de téléphone professionnel :	N° de téléphone professionnel :

J'autorise que mon enfant entre seul au domicile :

Oui

Non

J'autorise que mon enfant soit pris en photo pour un usage interne :

Oui

Non

Personnes majeures autorisées à prendre l'enfant :

Nom :

prénom :

N° de téléphone :

Lien de parenté :

Nom :

prénom :

N° de téléphone :

Lien de parenté :

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Nom :

prénom :

N° de téléphone :

N° de téléphone portable :

N° de téléphone professionnel :

Fait à, le

Signature des représentants légaux :

Merci de fournir la fiche sanitaire de liaison dûment remplie et signée ; le carnet de vaccination, l'attestation d'assurance extrascolaire, les bons CAF