

FEUILLE D'INSCRIPTION CENTRE DE L'ENFANCE

ENFANT

Nom : ----- **Prénom :** -----
Classe : ----- **Age :** -----
Date de naissance : ----- **Lieu de naissance :** -----
Adresse : -----

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : -----
N° d'allocataire CAF : -----
N° d'allocataire MSA : -----

PARENTS

Père (Rayez les mentions inutiles)	Belle-mère	Mère (Rayez les mentions inutiles)	Beau-père
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Mail Personnel :		Mail Personnel :	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Portable :		Portable :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :		Téléphone :	
Autorité parentale : OUI NON		Autorité parentale : OUI NON	
Situation familiale :		Situation familiale :	

Personnes majeures autorisées à prendre l'enfant :

Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone			
Lien de parenté			

Personnes à prévenir en cas d'accident :

En priorité : PERE / MERE

Nom			
Prénom			
Adresse			
Téléphone			
Lien de parenté			

Fait à -----, le -----

Signature des représentants légaux :

Nom Prénom

Nom Prénom

Merci de fournir la fiche sanitaire et fiche d'inscription dûment remplie et signée ; Copies des vaccinations, l'Attestation d'assurance extrascolaire, Les copies des bons CAF.