

L'ENFANT

Nom de famille :

Genre : F M

Prénom(s) :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

REPRÉSENTANTS LEGAUX

Nom de famille :

Prénom :

Lien de parenté : mère père autre : (précisez)

Profession :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tél. mobile :

Courriel :

Nom de famille :

Prénom :

Lien de parenté : mère père autre : (précisez)

Profession :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tél. mobile :

Courriel :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Lien avec l'enfant :

Nom de famille :

Prénom :

Tel mobile :

Lien avec l'enfant :

Nom de famille :

Prénom :

Tél. mobile :

Lien avec l'enfant :

Nom de famille :

Prénom :

Tél. mobile :

SERVICES PÉRISCOLAIRES *

**ne vaut pas pour inscription*

Accueil matin oui non Etude oui non

Accueil soir oui non Post Etude oui non

Restauration scolaire oui non

SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nous soussignés :

représentants légaux de l'enfant :

attester sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire.

Fait à :

Le :

Signatures :