

## CENTRE SOCIAL - CCAS

NOM de l'enfant : ..... Ecole : .....  
 Prénom de l'enfant : ..... Classe : .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : ..... Pointure : .....  
 Taille : .....  
 Mutuelle : ..... N° Mutuelle : .....  
 Assurance : ..... N° Contrat assurance : .....  
 Début : .../.../.... Fin : .../.../....  
 Autorisation d'intervention médicale : ..... Autorisation de filmer : .....  
 Lieu d'hospitalisation : .....  
 CAF : .....  
 Type de repas : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes autorisées à récupérer l'enfant
Nom, prénom, qualité et téléphone	
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Nom du responsable : ..... Civilité : ..... Né(e) le .....  
 Prénom du responsable : ..... Situation familiale : .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : ..... Quartier : .....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : ..... Portable : .....  
 N° de Sécu : ..... Centre de sécu : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....  
 CAF : ..... N° CAF : ..... Autre régime : .....  
 Quotient organisme : .....  
 Sous tutelle financière ? : ..... Organisme tutelle : .....

PERE : Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : ..... Quartier : .....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : ..... Portable : .....  
 N° de Sécu : ..... Centre de sécu : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....

MÈRE : Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Ville : ..... Quartier : .....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : ..... Portable : .....  
 N° de Sécu : ..... Centre de sécu : .....  
 Employeur : ..... Profession : .....

Je soussigné ..... déclare exacts les renseignements ci-dessus  
 Fait à ..... le ..... Signature