

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM _____ Prénom _____ SEXE _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse _____ TEL _____

Courriel : _____ @ _____

Police d'assurance couvrant les risques Responsabilité Civile et Individuelle accidents corporels

COMPAGNIE _____

Numéro _____

Date de validité _____

Renseignements relatifs aux responsables de l'enfant

MERE _____

NOM Prénom _____

Adresse _____

TEL domicile _____ Tel bureau _____ Portable _____

N° de sécurité sociale _____

Centre de paiement _____

N° de Mutuelle Nom et Adresse _____

Nom de l'employeur _____

Tel de l'employeur _____

Courriel : _____ @ _____

PERE _____

NOM Prénom _____

Adresse _____

TEL domicile _____ Tel bureau _____ Portable _____

N° de sécurité sociale _____

Centre de paiement _____

N° de Mutuelle Nom et Adresse _____

Nom de l'employeur _____

Tel de l'employeur _____

Courriel : _____ @ _____

Je soussigné NOM Prénom _____ que ces renseignements sont exacts

Fait le _____ à _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL