

Service Centre de Loisirs ANNEE 2009

ENFANT :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : __/__/____

Adresse :

Nom et adresse de la facturation :

PERE :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : __/__/____

Adresse :

Profession : Nom de l'Employeur :

☎ Travail : ☎ Portable :

MERE :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : __/__/____

Adresse :

Profession : Nom de l'Employeur :

☎ Travail : ☎ Portable :

N° de Sécurité Sociale de la personne qui assure l'enfant :

N° d'Allocataire :

Personne à prévenir en cas d'accident :

☎ :

Nom et Prénom du Médecin traitant :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :