

**NOM** ..... **PRENOM** .....

Né(e) le ..... à .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

Tel ..... Régime alimentaire .....

**Renseignements sur la famille**

	Père ou tuteur	Mère
Nom et Prénom .....	.....	.....
Adresse .....	.....	(si différente) .....
.....	.....	.....
Tel fixe .....	.....	.....
Tel travail .....	.....	.....
Tel port .....	.....	.....

**Renseignements à utiliser en cas d'accident ou de maladie**

Allergies .....

Traitement médical (1): OUI NON (si oui, ne pas oublier l'ordonnance du médecin)

Contre-indications médicales .....

Nom du docteur de famille : .....

N° Tel du docteur .....

**Sécurité Sociale**

Nom et Prénom de l'assuré .....

N° d'Immatriculation .....

Nom et adresse de l'organisme .....

**Assurance( fournir une photocopie)**

Est couvert pour les risques causés aux tiers (1) : OUI NON

Est couvert pour les accidents lui arrivant (individuelle) (1): OUI NON

Compagnie d'assurance .....

N° de police .....

Fait à ..... le .....

**Signature des Parents ou du Responsable légal,**

(1) rayer les mentions inutiles