

3/5

6/8

9/13

TRANSPORT ST Paul oui

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

ville :

Père :

Mère :

Tél. Domicile :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Tél. Travail :

Portable:

Portable:

Personne à contacter en cas absence responsable légal :

autorise mon enfant désigné ci-dessus, à quitter seul le Centre de Loisirs aux heures de sorties du soir.
Précisez l'heure de sortie entre 17h et 18h :

Allergies respiratoires: Oui

Allergies alimentaires : Oui

Quel(s) aliment(s)

Autres allergies :

Pai :

Lunettes :

Médecin : Dr

Tél. :

Photo :non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant le soir

Nom, Prénom	Lien de parenté	N° tél.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant le soir

Nom, Prénom	Lien de parenté	N° tél.

3/5
 6/8
 9/13

TRANSPORT ST Paul oui

Nom : Prénom :

Date de naissance : ville :

Père : Mère :

Tél. Domicile : Tél. Domicile :

Tél. Travail : Tél. Travail :

Portable: Portable:

Personne à contacter en cas absence responsable légal :

autorise mon enfant désigné ci-dessus, à quitter seul le Centre de Loisirs aux heures de sorties du soir.
 Précisez l'heure de sortie entre 17h et 18h :

Allergies respiratoires: Oui Allergies alimentaires : Oui

Quel(s) aliment(s)
 Autres allergies :

Pai : Lunettes :

Médecin : Dr Tél. : Photo : non