



Centre de loisirs de CASTELSEC

Château de Castelsec 34120 PEZENAS 04 67 90 74 05

ENFANT		
Nom / Prénom:	Adresse:	Groupe sanguin:
Date et lieu de naissance:		Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G

PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX			
	PERE	MERE	TUTEUR
Nom / Prénom:			
Date et lieu de naissance:			
Profession:			
Tel. Domicile			
Tel. Portable:			
Tel. Employeur:			
E.Mail:			
Régime Social: SS. MSA. Autre (Préciser) :			
N° d'Immatriculation:			
Situation Familiale:	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autres		
Nom et Adresse de la Compagnie d'assurance Responsabilité Civile:	Téléphone:		Numéro Police RC:

Si vous êtes bénéficiaire de BON CAF:	
Nom / Prénom et N° du Responsable:	Nom / Prénom et N° de(s) l'enfant(s) : * * * *

MEDECIN TRAITANT	
Nom / Prénom:	<input type="checkbox"/> Généraliste
Adresse:	<input type="checkbox"/> Pédiatre
Téléphone fixe:	<input type="checkbox"/> Autre (préciser):
Téléphone portable:	

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE			
Nom / Prénom:	Lien de parenté:	Adresse:	N° de téléphone
*			
*			
*			
*			