

Contrat d'inscription Le Club des Petits

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Date d'inscription :

Date d'adaptation :

Fréquentation

	6h30-12h30	13h30-18h30	6h30-18h30
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			

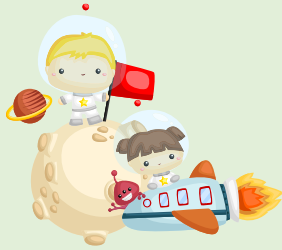


Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Médecin traitant :
(Non, adresse et n° tél)

Assurance maladie :

Assurance RC :



Les Parents

Mère

Nom et Prénom :
Nationalité :
Date de naissance :
Situation maritale :
Langue parlée :
Adresse :
Code postale et localité :
Téléphones :
 Privé :
 Professionnel :
Email :
Profession :
Employeur :

Père

Nom et Prénom :
Nationalité :
Date de naissance :
Situation maritale :
Langue parlée :
Adresse :
Code postale et localité :
Téléphones :
 Privé :
 Professionnel :
Email :
Profession :
Employeur :

Je (nous) déclare (rons) accepter le règlement dont j'ai (nous avons) pris connaissance.

Date

Signature(s)



Fiche Médical

Remplir par le médecin traitant

Enfant :

Allergies :

(Alimentaires, médicamenteuses, diverses)

Médicaments :

(Besoins régulières)

Divers :

(Maladies, opérations, etc)

Je déclare avoir examiné l'enfant prénommé et l'avoir trouvé en bonne santé.

Date

Signature du médecin traitant