

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**ENFANT**

**NOM :**

**PRENOM(S) :**

**Date et lieu de naissance :**

**Sexe : F  M**

**RESPONSABLE LÉGAL 1**

**Père  Mère  Tuteur**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Tél personnel :**

**Tél professionnel :**

**Tél portable :**

**Courriel :**

**Profession :**

**En activité oui  non**

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

**Père  Mère  Tuteur**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Tél personnel :**

**Tél professionnel :**

**Tél portable :**

**Profession :**

**En activité oui  non**

VACCIN	DATE 1 <sup>ER</sup> INJECTION	DATE DE RAPPELS /CUTIS
DT-POLIO		
AUTRES		

Ou certificat de vaccination du médecin joint : oui  non

**Coordonnées du médecin traitant**

NOM	ADRESSE	TELEPHONE

**Recommandations utiles (prothèses, allergies...)**

---



---



---



---

**Renseignements concernant la ou les personnes à prévenir en cas d'urgence autres que les parents :**

	Nom Prénom adresse	Téléphone fixe Et Portable
<b><u>Première personne</u></b>		
<b><u>Deuxième personne</u></b>		

Je , soussigné, responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus

Date et Signature des responsables parentaux :