

Parents	Parent 1	Parent 2
Nom Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Tél domicile		
Tél portable		
Courriel		
Employeur		
Nom et adresse de l'employeur		
Profession		
Catégorie Socio-professionnelle		

Situation de famille  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Célibataire(e) .  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance  Moselle  Autre C.A.F. :

Nom de la compagnie d'assurance Responsabilité Civile :

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives et j'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse locale, site internet, affiches...) et lors de manifestations :

OUI  NON

Accompagnateur de l'enfant	Si autre que parent
Nom Prénom	
Lien de parenté ou professionnel	
Adresse et téléphone	

Fait à :

Le :

Signature :