

Renseignements Secours



Nom du responsable de l'enfant : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Tel : _____

Profession du père : _____ Employeur : _____

Profession de la mère : _____ Employeur : _____

Bénéficiaire de la Caisse d'Allocation Familiale : OUI Non

Si oui, Nom et Prénom de l'allocataire :

Numéro de l'allocataire (OBLIGATOIRE) :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

Particularités médicales à signaler :

Docteur à prévenir (Nom, Adresse, Tel) : _____

Autoriser vous le centre de loisirs, le cas échéant, à faire transporter l'enfant au centre hospitalier de Troyes ? OUI Non

Sinon dans quelle clinique ? _____

Une personne de la famille est-elle toujours présente à la maison ? OUI Non

Sinon qui faut-il prévenir en cas d'accident ?

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Tel : _____

ASSURANCE (Joindre une Attestation)

Nom: _____

Adresse : _____ Tel : _____

N° de contrat : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / 20__

Signature