

Date(s) souhaitées :

COORDONNÉES

Votre enfant

Nom Prénom

Date de Naissance

Coordonnées personnelles

Nom Prénom

Lien de parenté :



.....

CP Ville



.....



Indications médicales

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :



.....

Nom : Prénom :



.....

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'inscription

Date :

Signature :