

Merci de remplir ce formulaire lisiblement

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Qualité :	Qualité :
<small>(père, mère, famille d'accueil ...)</small>	<small>(père, mère, famille d'accueil ...)</small>
Prénom :	Prénom :
Portable :	Portable :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Mail@.....	Mail@.....
Adresse :	Adresse :
J'accepte de recevoir mes factures par messagerie électronique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non à l'adresse suivante :@..... <i>A défaut, la facture vous sera envoyée par voie postale.</i>	
Facturation au nom de (si différente) :	
Adresse	
Prélèvement bancaire automatique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Joindre un RIB uniquement pour la première demande ou en cas de modifications de coordonnées bancaires</i>	

RENSEIGNEMENTS ENFANTS

ENFANT 1

Nom : Prénom : Âge :
 Date / Lieu de naissance : Établissement scolaire :

ENFANT 2

Nom : Prénom : Âge :
 Date / Lieu de naissance : Établissement scolaire :

ENFANT 3

Nom : Prénom : Âge :

Date / Lieu de naissance : Établissement scolaire :

ENFANT 4

Nom : Prénom : Âge :

Date / Lieu de naissance : Établissement scolaire :

SITUATION FAMILIALE Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)

Nom et Prénom du représentant légal ou tuteur (si différents des parents) :

.....

☎@ :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Je certifie avoir souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile pour mon (mes) enfant(s) :

Nom de l'assurance.....N°du contrat :

Joindre une copie de l'assurance civile

RÉGIME GÉNÉRAL MSA

N°Allocataire CAF :N°Allocataire MSA :

Quotient :

Sans information de votre part, le tarif le plus haut vous sera attribué par défaut.

Fait àLe

Signature du représentant légal