



Fiche individuelle de renseignements

Nom et Prénom de l'enfant : _____ Né(e) le : _____

Médecin traitant : Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse du médecin : _____

PARENTS DE L'ENFANT

Mère Belle-mère

Père Beau-père

Nom, Prénom : _____

Adresse du domicile : _____

Tél. Domicile/Portable : _____

Courriel : _____

Situation familiale : _____

N° Sécurité sociale : _____

N° Allocataire C.A.F. : _____

CAF DE LA MARNE MSA REIMS

Mère

Père

Nom employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Téléphone Travail : _____

Profession : _____

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités **OUI** **NON**

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom

Lien de parenté

N° Téléphone

Pendant les activités, j'autorise l'équipe du Marel à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. **OUI** **NON**

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) **OUI** **NON**

Fait à _____ le _____

Signature : _____