



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

07.89.61.92.97

clshpataclou37@hotmail.fr

ANNEE 2024/2025

Cadre réservé à l'association

Date d'inscription ____/____/____ Adhésion réglée en :

Espèces Chèque nom de la banque _____ n° du chèque _____

Cotisation

Assurance

Attestation Assuré sociale

Photo par enfant

Fiche sanitaire + photocopie du carnet de santé

Copie jugement d'autorité parentale en cas de divorce

Attestation AEEH

ENFANTS : Nom : _____

Prénom	Classe	Date de naissance	Bénéficiaire de l'AEEH	
			Oui	Non

I. Renseignements Parents



_____@_____*

*OBLIGATOIRE

N° CAF _____

Régime de sécurité sociale : Général MSA Autre

PERE ou/et RESPONSABLE : Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

☎ : ____/____/____/____/____ ☎ : ____/____/____/____/____

Travail: ____/____/____/____/____

MERE ou/et RESPONSABLE : Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

☎ : ____/____/____/____/____ ☎ : ____/____/____/____/____

Travail: ____/____/____/____/____