

RESPONSABLES LEGAUX	
☐ 1 <sup>ère</sup> inscription ( cocher la case)	
<b>PARENT 1</b> Lien de parenté :	<b>PARENT 2</b> Lien de parenté :
Nom-Prénom :	Nom-Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
Situation familiale :	Situation familiale :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :
Tel travail :	Tel travail :
Profession :	Profession :
Email :	Email :
Souhaitez-vous un accès au Portail Familles : OUI NON avec l'Email suivant :	
*N°d'allocataire :	*Nom de l'allocataire :
<i>(Si hors CAF du Rhône, joindre une attestation de quotient familial à jour)</i>	
*N° d'allocataire MSA :	<i>(joindre attestation de quotient familial à jour)</i>

ENFANT(S)	
<b>*Nom prénom de l'enfant :</b>	*PAI : OUI NON <i>(si oui, joindre une copie)</i>
*Date de naissance : *Genre :	* Allergie(s) : * Difficulté(s) de santé :
*Sait nager sur 25 mètres : OUI NON	*Autorisé à sortir seul : OUI NON
*Autorisation de film/photo : OUI NON	*Baignade autorisée : OUI NON
*Autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence : OUI NON	
<b>*Nom prénom de l'enfant :</b>	* PAI : OUI NON <i>(si oui, joindre une copie)</i>
*Date de naissance : *Genre :	* Allergie(s) : * Difficulté(s) de santé :
*Sait nager sur 25 mètres : OUI NON	*Autorisé à sortir seul : OUI NON
*Autorisation de film/photo : OUI NON	*Baignade autorisée : OUI NON
*Autorise les organisateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence : OUI NON	

