

LE (LES) PARTICIPANT(S)

● **PREMIER ENFANT**

Ecole :
Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :
Remarque médicale importante:

● **DEUXIÈME ENFANT**

Ecole :
Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :
Remarque médicale importante:

● **TROISIÈME ENFANT**

Ecole :
Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :
Remarque médicale importante:

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ (DURANT LES PÉRIODES DE GARDERIE – MATIN + SOIR) :

Nom : N° de tel : N° de GSM :
 Nom : N° de tel : N° de GSM :

PERSONNE AUTORISÉE À REPRENDRE L'ENFANT

Nom :

FACTURE ADRESSÉE À

Nom : Prénom :

N° registre national : Ce chiffre commence par votre date de naissance à l'envers, il est notamment inscrit sur votre carte SIS).

Adresse :

N° de téléphone + GSM : E-mail :

Remarque:

Je soussigné,

déclare avoir transmis toutes les informations importantes sur mon enfant. En inscrivant mon(mes) enfant(s), j'accepte le Règlement d'Ordre Intérieur de l'asbl

Date + signature