

LE(LES) PARTICIPANT(S)

● PREMIER ENFANT

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

● DEUXIÈME ENFANT

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

● TROISIÈME ENFANT

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

LES ENFANTS RETOURNENT AVEC:

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

(DURANT LES PÉRIODES D'ACCUEIL / ÉCOLE DES DEVOIRS – MATIN + SOIR) :

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

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 :

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 et la politique de confidentialité de l'asbl.
Documents accessibles sur www.recreagique.be

Date + signature