



DEMANDE DE D'INSCRIPTION

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Nom et adresse du médecin traitant : *Tel :*

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Adresse mail :

N° tel fixe : *Portable :*

Profession :

Adresse professionnelle :

Tel :

N° CAF :

Nom et prénom du père :

Adresse :

Adresse mail :

N° tel fixe : *Portable :*

Profession :

Adresse professionnelle :

Tel :

Date et signature des parents :