



Nom de l'enfant*	Prénom de l'enfant*	Sexe * (M/F)	Date de naissance*	Etablissement scolaire*	Date du dernier rappel du vaccin TETANOS*

NUMERO D'ALLOCATIONS FAMILIALES\* : .....

CONTRAT D'ASSURANCE - RESPONSABILITE CIVILE :

N° DE POLICE\* : .....

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE \* : .....

CORMELLES EN PARISIS, LE ..... SIGNATURES DES PARENTS