



INFORMATIONS FAMILLE

FACTURATION :

Responsable 1

Responsable 2

Responsables 1 et 2

PARENTS OU RESPONSABLE LÉGAL 1

PÈRE MÈRE TUTEUR FAMILLE D'ACCUEIL

NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : __/__/____

ADRESSE :

CP : COMMUNE :

N° DE TÉLÉPHONE : N° DE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :@.....

PARENTS OU RESPONSABLE LÉGAL 2

PÈRE MÈRE TUTEUR FAMILLE D'ACCUEIL

NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : __/__/____

ADRESSE :

CP : COMMUNE :

N° DE TÉLÉPHONE : N° DE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :@.....

INFORMATIONS ENFANTS

NOM	PRÉNOM	SEXE	ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE	NIVEAU SCOLAIRE	NÉ(E) LE À
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			

VISA DES REPRESENTANTS LEGAUX

Je soussigné(e)....., responsable légal de(s) l'enfant(s) désigné(s) ci-dessus :
 M'engage à signaler à la ville de Rosporden tout changement de situation qui surviendrait en cours d'année,
 Certifie exact l'ensemble des informations déclarées ci-dessus.

A Le

Signature des représentants légaux :