



**CATEGORIE : U**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

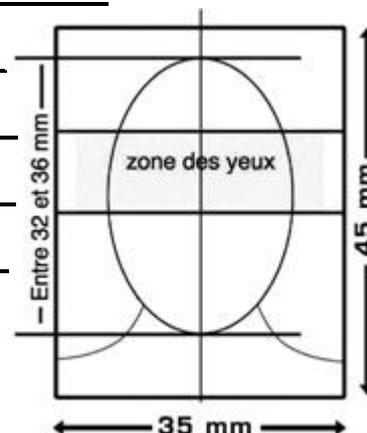
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

GSM papa : \_\_\_\_\_

GSM maman : \_\_\_\_\_



E-mail : à compléter en majuscule s.v.p



Coller ici une photocopie recto de la  
carte d'identité de votre enfant

**OBLIGATOIRE**  
**A PARTIR DE 12 ANS**

Coller ici une photocopie verso de la  
carte d'identité de votre enfant

Ou

UNE VIGNETTE DE LA MUTUELLE :

Signature : \_\_\_\_\_

Date de signature : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

Est-il allergique ?

Devra-t-il prendre un médicament durant l'activité ?

Porte-t-il des lunettes ?

Certificat Médical à remplir/ajouter !

---