

Identité et coordonnées de l'enfant

Nom(s) :	Prénom(s) :
☐ Fille ☐ Garçon	
Date de naissance :	Nationalité(s) :
Langue(s) maternelle(s) :	Téléphone mobile :

Identité et coordonnées du parent 1 (obligatoire)

Nom(s) :	Prénom(s) :
Lien de parenté ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre	
Responsable légal ☐ Oui ☐ Non	
Téléphone mobile :	Téléphone professionnel :
E-mail :	
Adresse rue / No :	
No postal / localité / pays :	

Identité et coordonnées du parent 2 (facultatif)

Nom(s) :	Prénom(s) :
Lien de parenté ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre	
Responsable légal ☐ Oui ☐ Non	
Téléphone mobile :	Téléphone professionnel :
E-mail :	
Adresse rue / No :	
No postal / localité / pays :	

Assurances

Mon enfant est couvert par (veuillez indiquer le nom de votre assureur) :
Maladie / accident :
RC (responsabilité civile) :

Indications médicales et besoins éducatifs particuliers

Votre enfant présente-t-il un problème de santé (maladie chronique ...) ou une allergie (alimentaire, médicamenteuse, saisonnière ...) nécessitant une attention particulière ? Si oui, lequel / laquelle ?

Un traitement médical est-il en cours ? Si oui, veuillez préciser :

Préciser si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc:

Divers

Remarques ou souhaits particuliers :

Comment avez-vous connu Fluosports ? :

Documents à joindre à ce formulaire

Copie d'une pièce d'identité de l'enfant

Copie signée de la pièce d'identité d'un responsable légal

Nous avons pris connaissance de ce qui précède et nous nous engageons à remettre tous les documents demandés et nécessaires.

Lieu et date :

Signature(s)