



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Né(e) le	:	_____	à	:	_____
Nom/prénom du père	:	_____	Nom/prénom de la mère	:	_____
Etat civil	:	_____	Religion	:	_____
Origine	:	_____	Domicile	:	_____

Responsables :

①	:	_____	Degré parenté	:	_____
Adresse	:	_____			
Tél. privé	:	_____	Tél. prof.	:	_____
②	:	_____	Degré parenté	:	_____
Adresse	:	_____			
Tél. privé	:	_____	Tél. prof.	:	_____
③	:	_____	Degré parenté	:	_____
Adresse	:	_____			
Tél. privé	:	_____	Tél. prof.	:	_____

Médecin traitant	:	_____			
Caisse-maladie	:	_____	N° d'assuré	:	_____
Caisse AVS	:	_____	No AVS	:	_____
Allocation d'impotence	:	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Remarques	:	_____			

Date	:	_____	Signature	:	_____