

LE (LES) PARTICIPANT(S)

Ecole :

● PREMIER ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

N° registre national : Ce chiffre commence par votre la de naissance à l'envers, il est notamment inscrit sur la carte SIS).

Remarque médicale importante:

● DEUXIÈME ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

N° registre national : Ce chiffre commence par votre la de naissance à l'envers, il est notamment inscrit sur la carte SIS).

Remarque médicale importante:

● TROISIÈME ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Age : Date de naissance : Lieu de Naissance :

N° registre national : Ce chiffre commence par votre la de naissance à l'envers, il est notamment inscrit sur la carte SIS).

Remarque médicale importante:

LES ENFANTS RETOURNENT AVEC:

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ (DURANT LES PÉRIODES D'ACCUEIL / ECOLE DES DEVROIS – MATIN + SOIR) :

Nom: N° de tel : N° de GSM :

Nom: N° de tel : N° de GSM :

FACTURE ADRESSÉE À

Nom : Prénom :

N° registre national : Ce chiffre commence par votre date de naissance à l'envers, il est notamment inscrit sur votre carte SIS).

Adresse :

N° de téléphone + GSM : E-mail :

Remarque:

Je soussigné,,

déclare avoir transmis toutes les informations importantes sur mon enfant.

En inscrivant mon(mes) enfant(s), j'accepte le Règlement d'Ordre Intérieur de l'asbl.

Date + signature