

Dossier d'inscription

Septembre 2019 - Août 2020

Nom	Prénom
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
Téléphone : _____	Sexe : _____
Portable : _____	Nationalité : _____
<input type="checkbox"/> Liste rouge	
Email : _____	

Généralités									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Scolarité</th> </tr> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Repas spéciaux</th> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	Repas spéciaux		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Mémo</th> </tr> <tr> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	Mémo	
Scolarité									
Classe : _____									
Etabl. scolaire : _____									
Instituteur : _____									
Repas spéciaux									
Mémo									

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'adhérent			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Parents																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th style="width: 70%;">Parent 1</th> <th style="width: 30%;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Parenté : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Civilité : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nom : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prénom : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Profession : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Employeur : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Téléphone : _____ Poste : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Portable : _____</td> <td></td> </tr> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____		Civilité : _____		Nom : _____		Prénom : _____		Profession : _____		Employeur : _____		Téléphone : _____ Poste : _____		Portable : _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th style="width: 70%;">Parent 2</th> <th style="width: 30%;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>Parenté : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Civilité : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nom : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prénom : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Profession : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Employeur : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Téléphone : _____ Poste : _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Portable : _____</td> <td></td> </tr> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____		Civilité : _____		Nom : _____		Prénom : _____		Profession : _____		Employeur : _____		Téléphone : _____ Poste : _____		Portable : _____	
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																																				
Parenté : _____																																					
Civilité : _____																																					
Nom : _____																																					
Prénom : _____																																					
Profession : _____																																					
Employeur : _____																																					
Téléphone : _____ Poste : _____																																					
Portable : _____																																					
Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																																				
Parenté : _____																																					
Civilité : _____																																					
Nom : _____																																					
Prénom : _____																																					
Profession : _____																																					
Employeur : _____																																					
Téléphone : _____ Poste : _____																																					
Portable : _____																																					

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'adhérent certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.