

CERTIFICAT MEDICAL (annexe 1)

Je soussigné :

Agissant en qualité de médecin, atteste avoir examiné ce jour l'enfant :

Demeurant à :

Et le déclare apte à la pratique de toutes les activités sportives et de plein air proposées par l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de Camina pour l'année 2010.

Fait à _____, le _____
Signature et cachet du médecin

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE (annexe 2)

Régime social (barrer la mention inutile) : **CAF** **MSA**

Nombre d'enfants à charge :

Nom et prénom des enfants de la famille inscrits au Centre de Loisirs Sans Hébergement de CAMINA :

-
-
-

Nom et prénom du père (ou représentant légal)

Numéro de Sécurité Sociale ou MSA :

Profession :

Téléphone du lieu de travail :

Nom et prénom de la mère

Numéro de Sécurité sociale ou MSA :

Profession :

Téléphone du lieu de travail :

Votre numéro d'allocataire complet :

Nom et adresse compagnie d'assurance - N° contrat :

.....

Nom & adresse mutuelle - N° contrat :

.....