

N° adhésion

Date
d'inscription



FICHE D'INSCRIPTION FAMILLE

V2019-02

Photo

ENFANT :

Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____

Date de Naissance _____

PARENTS :

Parent 1 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse : _____

Tel : _____

eMail : _____

Parent 2 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse : _____

Tel : _____

eMail : _____

Autorité parentale (parent 1/parent 2) : _____

Situation familiale des parents (en couple, séparés, autre) : _____

Situation des enfants
(scolarisés mi-temps, quart-temps, temps complet, en institution, en MAM, à domicile) : _____

AUTRES MEMBRES (fratrie/grands-parents/auxiliaire de vie ou aidant) :

Lien de Parenté	Nom	Prénom	Mail	Date de naissance

MEDECIN TRAITANT :

Nom : _____

Adresse : _____

Tel : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES :

J'atteste avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association ELHEVA et y adhérer sans réserve.

Fait le à

Signature de l'adhérent :

Signature et cachet
Président de l'association :