

PÈRE : Nom : Prénom : Profession :

MÈRE : Nom : Prénom : Profession :

REPRÉSENTANT LÉGAL (autre que parents) :
 M / MME Nom : Prénom : Profession :

ÉLÈVE : Nom : Prénom : Date de naissance :
/...../.....

Adresse :

CP : Ville : Pays :

Tél fixe : Tél portable :

Mail :@.....

Etablissement scolaire fréquenté

.....

Structure de suivi et/ou de soin

.....

DISPONIBILITES (merci de préciser les horaires)

	matin	Après-midi
lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :

samedi		
--------	--	--

Renseignements complémentaires (le cas échéant) :

La famille est adhérente de l'association APTE : OUI NON