

Année scolaire: \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> demande     Modification à partir du: \_\_\_\_\_

Nom et prénom(s) de l'enfant: \_\_\_\_\_

N° Carte CSA: \_\_\_\_\_

<b>RESPONSABLE PRINCIPAL</b> <small>= Signataire de cette demande</small>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Adresse : _____	
	_____	
	Email : _____	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>		
		Signature du RESPONSABLE:

<b>PERSONNE 2</b>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Adresse : _____	
	_____	
	Email : _____	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>		
		Signature du RESPONSABLE:

<b>PERSONNE 3</b>	Nom et Prénom: _____		
	Matricule:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Téléphone(s): _____		
	Lien avec l'enfant: _____		
	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>		
			Signature d'un RESPONSABLE:

Année scolaire: \_\_\_\_\_

1<sup>ère</sup> demande     Modification à partir du: \_\_\_\_\_

Nom et prénom(s) de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

<b>PERSONNE 4</b>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>

<b>PERSONNE 5</b>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>

<b>PERSONNE 6</b>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>

<b>PERSONNE 7</b>	Nom et Prénom: _____	
	Matricule: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> <b>NON</b>
<input type="checkbox"/>	<b>OUI</b>	Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> <b>NON</b>