

ECOLE MUNICIPALE DE MUSIQUE

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse postale :

	REPRESENTANT 1 En qualité de : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	REPRESENTANT 2 En qualité de : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Indiquez si allergies :

Autres informations utiles :

Vaccinations à jour : oui non

J'autorise le personnel de l'école municipale de musique à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

Date :

Indiquez votre nom et prénom (vaut pour signature) :