



SERVICE JEUNESSE 2009/2010

Commune de Bièvres

Nom de l'enfant : _____
Prénom de l'enfant : _____
Sexe : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Date d'inscription : _____

Assurance : _____
Date de début de contrat : _____ Date de fin de contrat : _____
Mutuelle : _____ Numéro adhérent : _____

Autorisation de rentrer seul : oui non
Autorisation de filmer : oui non
Autorisation de transport en véhicule : oui non

INFORMATIONS CONCERNANT LE PERE

Nom : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____
Situation familiale : _____
Profession : _____
Adresse : _____

Tél. domicile : _____
Tél. professionnel : _____
Tél. Portable : _____
Email : _____
Numéro de sécurité sociale : _____
Centre de sécurité sociale : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA MERE

Nom : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____
Situation familiale : _____
Profession : _____
Adresse : _____

Tél. domicile : _____
Tél. professionnel : _____
Tél. Portable : _____
Email : _____
Numéro de sécurité sociale : _____
Centre de sécurité sociale : _____

FACTURATION

Mode de paiement : _____
Mode d'envoi facture : courrier courriel

Observations : _____

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
Fait à _____, le _____.

Signature