

PREMIER RESPONSABLE DE L'ELEVE (pour l'envoi des factures, bulletins, relevés, courriers divers et SMS)

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Lien de parenté avec l'enfant	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser) : _____		
ADRESSE <i>A bien renseigner pour l'envoi des bulletins</i>	<input type="text"/>		
PROFESSION	<input type="text"/>	EMPLOYEUR	<input type="text"/>
N°CAFAT	<input type="text"/>	N°MUTUELLE	<input type="text"/>
Tél :	Domicile : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Travail : <input type="text"/>
Adresse courriel : (e-mail)	<input type="text"/>		

SECOND RESPONSABLE DE L'ELEVE

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Lien de parenté avec l'enfant	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser) : _____		
ADRESSE	<input type="text"/>		
PROFESSION	<input type="text"/>	EMPLOYEUR	<input type="text"/>
N°CAFAT	<input type="text"/>	N°MUTUELLE	<input type="text"/>
Tél :	Domicile : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Travail : <input type="text"/>
Adresse courriel : (e-mail)	<input type="text"/>		
Destinataire des bulletins, relevés de notes et autres courriers ou courriels <input type="checkbox"/> des SMS <input type="checkbox"/>			

SIGNATURE

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (e)
donne l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état.

Signature du responsable :