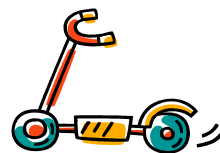




La Trottinette
GABS asbl
Boulevard de l'Europe 144
5060 Auvelais



FICHE D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse :

• Parents ou personnes responsables de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Tel ☎ :

Nom :

Prénom :

Tel ☎ :

• Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Tel ☎ :

Nom :

Prénom :

Tel ☎ :

• Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Tel ☎ :

Adresse :

• Renseignements importants / Renseignements médicaux :

Jours d'accueil : LUNDI - MARDI - MERCREDI - JEUDI - VENDREDI

Je soussigné,, parent de,
déclare exacts les renseignements repris sur cette fiche et autorise le/la responsable de la
Trottinette à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de
mon enfant. Je déclare avoir pris connaissance du Projet d'Accueil de la Trottinette et
l'accepte dans son intégralité.

Date :

Signature du/des parent(s) responsable(s) :