



Saison 2016 / 2017

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

Nom/prénom mère :

Nom/prénom père :

Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité.

Lieu de naissance :

Code Postal de naissance :

### N° Sécurité Sociale :

#### Coordonnées :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Téléphone domicile :

Portable mère :

Portable père :

Tel professionnel mère :

Tel professionnel père :

Profession mère :

Profession père :

**Email :** Mère :

Père :

**Autorisations CNIL :**  OUI  NON

Votre enfant suit il un traitement médical  OUI  NON

Si oui préciser :

Votre enfant est il allergique Asthme  OUI  NON

Médicaments  OUI  NON

Alimentaire  OUI  NON

Si oui préciser /conduite à tenir éventuelle :