



CLAS 2023/2024

NOM: _____
CLASSE : _____

PRÉNOM: _____
PROFESSEUR: _____

INFORMATIONS PARENTS:

MAMAN

PAPA

NOM : **NOM :**

ADRESSE: **ADRESSE:**

.....

CODE POSTAL : **CODE POSTAL :**

VILLE : **VILLE :**

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :**

.....

NUMÉRO DE TRAVAIL : **NUMÉRO DE TRAVAIL :**

.....

EMAIL : **EMAIL :**

PROBLÈMES MÉDICAUX/ ALLERGIES ALIMENTAIRES :

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT:

AUTORISATIONS:

- J'autorise mon enfant à être pris en photo
- J'autorise mon enfant à rentrer seul après la séance



RENSEIGNEMENTS

Mickaël Bardan (coordinateur CLAS)

Tél : 07 68 05 61 45 / Mail : enfance@kaleidoscope-saintmichel.fr

