

CLAS 2025/2026

NOM: _____ PRÉNOM: _____
CLASSE : _____ PROFESSEUR: _____

INFORMATIONS FAMILLE :

RESPONSABLE 1

NOM :

ADRESSE:

.....

CODE POSTAL :

VILLE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

.....

NUMÉRO DE TRAVAIL :

EMAIL :

.....

RESPONSABLE 2

NOM :

ADRESSE:

.....

CODE POSTAL :

VILLE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

.....

NUMÉRO DE TRAVAIL :

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 participer aux sorties

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul après la séance

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Clémence Mondout (coordinatrice CLAS)

Jennifer Fournier (référente familles)

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

Tél : 06 95 17 63 22 / Mail : famille@kaleidoscope-saintmichel.fr