



OEUVRE UNIVERSITAIRE DU LOIRET
2, rue des Deux Ponts - BP 724 - 45017 Orléans Cédex 1

FICHE D'INSCRIPTION CLASSE DE DÉCOUVERTE

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : MASCULIN FÉMININ

COURS SUIVI : CLASSE DE M :

NOM DE L'ÉCOLE ET COMMUNE :

ASSURANCE : L'ÉLÈVE EST-IL ASSURÉ M.A.E. ? OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE, N° :

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE DE L'ENFANT (EN LETTRES MAJUSCULES) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE AUQUEL EST RATTACHÉ L'ENFANT :

ADRESSE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :

PROFESSION : TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE :

ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU : NON OUI

SI OUI, VOTRE NUMÉRO :

Je soussigné, père ou mère de l'enfant désigné ci-dessus :

- **autorise son départ** en classe de découverte
- **autorise l'instituteur** de la classe dont fait partie mon enfant, à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris, éventuellement, l'hospitalisation
- **m'engage à rembourser** l'Oeuvre Universitaire du Loiret, par l'intermédiaire de l'école, les frais nécessités par le traitement en cas de maladie.

À Le

Signature :

cadre réservé à l'OUL



OEUVRE UNIVERSITAIRE DU LOIRET
2, rue des Deux Ponts - BP 724 - 45017 Orléans Cédex 1

FICHE D'INSCRIPTION CLASSE DE DÉCOUVERTE

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : MASCULIN FÉMININ

COURS SUIVI : CLASSE DE M :

NOM DE L'ÉCOLE ET COMMUNE :

ASSURANCE : L'ÉLÈVE EST-IL ASSURÉ M.A.E. ? OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE, N° :

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE DE L'ENFANT (EN LETTRES MAJUSCULES) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE AUQUEL EST RATTACHÉ L'ENFANT :

ADRESSE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :

PROFESSION : TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE :

ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU : NON OUI

SI OUI, VOTRE NUMÉRO :

Je soussigné, père ou mère de l'enfant désigné ci-dessus :

- **autorise son départ** en classe de découverte
- **autorise l'instituteur** de la classe dont fait partie mon enfant, à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris, éventuellement, l'hospitalisation
- **m'engage à rembourser** l'Oeuvre Universitaire du Loiret, par l'intermédiaire de l'école, les frais nécessités par le traitement en cas de maladie.

À Le

Signature :

cadre réservé à l'OUL