

# ANNIVERSAIRE BOOM

## PRÊT À DANSER

Je t'invite à mon anniversaire

le samedi

ET À T'AMUSER ?!  
De la part de : .....

Merci de répondre avant le / /  
Au Numéro téléphone des parents :

RDV à 14h00, récupération des enfants à 17h00  
au Stade Universitaire 15 bis rue Poncillon  
63000 CLERMONT-FERRAND

[cuc-loisirs.fr](http://cuc-loisirs.fr)



# ANNIVERSAIRE BOOM

## PRÊT À DANSER

Je t'invite à mon anniversaire

le samedi

ET À T'AMUSER ?!  
De la part de : .....

Merci de répondre avant le / /  
Au Numéro téléphone des parents :

RDV à 14h00, récupération des enfants à 17h00  
au Stade Universitaire 15 bis rue Poncillon  
63000 CLERMONT-FERRAND

[cuc-loisirs.fr](http://cuc-loisirs.fr)





**OUVERT À TOUS DE 3 À 17 ANS**

MULTI-ACTIVITÉ / DÉCOUVERTES SPORTIVES / MULTISPORTS

**VACANCES SCOLAIRES COLONIES**  
**SKI CIRQUE ANNIVERSAIRES**

Fiche invité **CUC Anniversaires**

ENFANT

(Champs ci-dessous à renseigner **en MAJUSCULE**)

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le: / / :

Sexe: M  F

Autres recommandations utiles concernant les repas:

ALLERGIES :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation (clinique, hôpital) nom et adresse

Responsable 1 (obligatoire)

Responsable 2 (facultatif)

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Téléphone domicile / travail : .....

Téléphone domicile / travail : .....

Portable : .....

Portable : .....

Email : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Je, soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À

le

Signature



**OUVERT À TOUS DE 3 À 17 ANS**

MULTI-ACTIVITÉ / DÉCOUVERTES SPORTIVES / MULTISPORTS

**VACANCES SCOLAIRES COLONIES**  
**SKI CIRQUE ANNIVERSAIRES**

Fiche invité **CUC Anniversaires**

ENFANT

(Champs ci-dessous à renseigner **en MAJUSCULE**)

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le: / / :

Sexe: M  F

Autres recommandations utiles concernant les repas:

ALLERGIES :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation (clinique, hôpital) nom et adresse

Responsable 1 (obligatoire)

Responsable 2 (facultatif)

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Téléphone domicile / travail : .....

Téléphone domicile / travail : .....

Portable : .....

Portable : .....

Email : .....

Email : .....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Je, soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À

le

Signature