Association Cultuelle
des Musulmans de Louvres

PHOTO D'IDENTITÉ

Renseignement concernant l'élève

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Date de naissance : ___/___/____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Niveau :

Lecture :	Rien :☐	Faible :☐	moyen ☐		Maitrise :☐	
Ecriture :	Rien :☐	Faible :☐	moyen ☐		Maitrise :☐	
Coran :	Rien :☐	Faible :☐	moyen ☐	…. Hizb	Maitrise :☐	….Hizb

Avez-vous fréquenté les cours de l'association l'année précédente ? ☐ OUI
☐ NON

Autorisations parentales

Je soussigne : _____ responsable légal de : _____
l'enfant : _____ autorise ce dernier à quitter l'établissement et à rentrer seul (e) au domicile après ces cours.

Il est rappelé que les enfants de moins de 10 ans doivent être accompagnés à la sortie des cours.

En outre j'autorise les responsables de l'association à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident durant les heures de cours (soins, transport, hospitalisation, etc….)

OUI NON

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence : : _____

Tel : : _____

Signature des parents

A.C.M.L LE BIENFAIT
28, Charles de Gaulle 95380 LOUVRES, Tel : 01.34.31.36.04 contact@mosqueedelouvres.fr
Association loi 1901/1905 à but non lucratif – Siret : 51368095900014