

Nom Prénom

Né(e) le :

Sexe : Féminin Masculin

Commune :

Classe :

Mon enfant sait-il nager ? Oui Non

Mon enfant fait-il la sieste ? Oui Non

Mon enfant doit-il faire ses devoirs ? Oui Non Au choix

Informations alimentaires et médicales

Repas : sans spécificité sans porc PAI végétarien

Remarque régime alimentaire :

Allergie : alimentaire asthme médicaments (.....)

Autres allergies :

Médecin traitant : Téléphone médecin traitant :

Adulte 1	Adulte 2
----------	----------

Parenté : _____ Situation familiale : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone domicile : _____ Portable : _____ Email : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone bureau : _____ Adresse employeur : _____ N° de sécurité sociale : _____ CAF : _____ Régime allocataire : _____ N° allocataire : _____	Parenté : _____ Situation familiale : _____ Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone domicile : _____ Portable : _____ Email : _____ Profession : _____ Employeur : _____ Téléphone bureau : _____ Adresse employeur : _____ N° de sécurité sociale : _____ CAF : _____ Régime allocataire : _____ N° allocataire : _____
---	---

Personnes habilitées à récupérer l'enfant ou à prévenir (autres que les parents)

Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'Individus certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.