

**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**

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 : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

**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'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.