

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
----------	----------

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

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.