

**Nom Prénom** .....

Né(e) le : .....  
 Sexe :  Féminin  Masculin  
 Ecole : .....  
 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 :**  
 Type de repas :  sans spécificité  sans porc  végétarien  .....  
 Allergie alimentaire : .....  
 PAI alimentaire : .....  
**Santé :**  
 Médecin traitant : ..... Téléphone médecin traitant : .....  
 Autres allergies : .....  
 Troubles / pathologies / autres informations de santé (PAI, ....) .....  
**Recommandations / informations utiles :** .....

<b>Adulte 1</b>	<b>Adulte 2</b>
<b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Responsable légal</b> <input type="checkbox"/>

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

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

Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
..	_____	_____	_____
..	_____	_____	_____
..	_____	_____	_____
..	_____	_____	_____
..	_____	_____	_____
..	_____	_____	_____

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