

**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 :** .....

Adulte 1 <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	Adulte 2 <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>
--	--

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(jions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.