

RENSEIGNEMENTS

Enfant

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Parent(s) ou responsable légal

Nom _____

Prénom _____

Tél _____

Nom _____

Prénom _____

Tél _____

Adresse _____

Autre(s) personne(s) pouvant être contactées en cas d'urgence

Nom _____

Prénom _____

Tél _____

Nom _____

Prénom _____

Tél _____

Assurance de l'enfant (risques causés aux tiers = assurance scolaire)

Compagnie _____ N° de police _____

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si, oui, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

L'enfant a-t-il des intolérances ou des allergies, a-t-il de l'asthme ?

Merci de préciser le type d'allergie et la conduite à tenir

Indiquez ici toute autre information que vous jugerez nécessaire de nous transmettre :

Fait à _____, le :

Signature du responsable légal de l'enfant :