

Enfant 1

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe: Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s): OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Enfant 2**

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe: Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s): OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Enfant 3**

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe: Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s): OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Personnes habilitées à venir récupérer le ou les enfant(s) sur les différentes activités (autre que les parents):**

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Cas particulier : Personnes non autorisées à venir récupérer le ou les enfant(s):

Nom : Prénom : Qualité : Fournir obligatoirement une copie du jugement.