

## ENFANT

Nom :			Commune:	
Prénom :			Sexe:	
Date de naissance:			Ecole:	Classe:
Mon enfant sait-il nager? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mon enfant fait-il la sieste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mon enfant doit-il faire ses devoirs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Type de repas:

Allergie alimentaire:

Autres allergies :

Médecin traitant: Tél

Photocopies du carnet de santé (maladies+vaccins+hospitalisations) et PAI ( si l'enfant en a un à l'école)

## PÈRE (ou tuteur)

Nom:		Prénom:	
Situation familiale:			
Adresse:			
Code postal:		VILLE:	
Téléphone domicile:		Portable:	
Email:		Bureau:	
Employeur:		Profession:	
Adresse employeur			
N° de sécurité sociale:			
CAF:	Régime:	N° CAF:	
		ou N° MSA:	

## MÈRE (ou tuteur)

Nom:		Prénom:	
Situation familiale:			
Adresse:			
Code postal:		VILLE:	
Téléphone domicile:		Portable:	
Email:		Bureau:	
Employeur:		Profession:	
Adresse employeur			
N° de sécurité sociale:			
CAF:	Régime:	N° CAF:	
		ou N° MSA:	

## PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT OU A PREVENIR (autres que les parents)

NOM/Prénom:	N° Tél:
lien avec l'enfant	N° Tél:
NOM/Prénom:	N° Tél:
lien avec l'enfant	N° Tél:
NOM/Prénom:	N° Tél:
lien avec l'enfant	N° Tél:
NOM/Prénom:	N° Tél:
lien avec l'enfant	N° Tél:

