

ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : École fréquentée :
 Compagnie d'assurance :* N° de contrat :

*Fournir obligatoirement un justificatif

RESPONSABLE LÉGAL

PAPA

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : Ville :
 N° portable : .../.../.../.../... N° pro : .../.../.../.../...
 Adresse mail :@.....

MAMAN

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP : Ville :
 N° portable : .../.../.../.../... N° pro : .../.../.../.../...
 Adresse mail :@.....

SITUATION FAMILIALE

Parents séparés : oui non

Une garde alternée est-elle en place ? oui non

Si oui, qui a la garde de l'enfant :

Si oui, quelles en sont les modalités :

Si oui, l'autre parent est-il autorisé à :

- voir l'enfant : oui non
- récupérer l'enfant : oui non

INFORMATIONS SANITAIRES

ALLERGIES	SI OUI, PRÉCISER (quelle(s) allergies(s), conduites à tenir)
Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-
Allergies aux médicaments <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-
Allergies environnementales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	-

Un PAI est-il mis en place ?

oui non (Si oui, fournir une photocopie)

Particularités à signaler :

Régime alimentaire (normal, sans porc, végétarien.....) :

Autorisation d'être filmé(e), photographié(e) oui non

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul oui non

CONTACTS

NOM - PRÉNOM	Téléphone	Lien avec l'enfant	Autorisé à récupérer l'enfant	A contacter en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date et signature