

### 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