

ESPACE ADOS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom-Prénom :

Date de naissance : sexe : classe :

Adresse :

Père

Nom-Prénom :

N° de téléphone Domicile : Portable :

Travail :

Mère

Nom-Prénom :

N° de téléphone Domicile : Portable :

Travail :

Renseignements Sanitaires :

Médecin traitant : N° de téléphone :

Maladies contractées :

Allergies :

Observations particulières (accidents, hospitalisations, énurésie, régime alimentaire (ex : sans porc,...) :

.....

Autorisations

Sortir seul à la fin des activités (hors soirée) oui non

Photo oui non

Prendre les mesures nécessaires en cas d'accident oui non

Transfert vers l'hôpital oui non

Nom, prénom et n° de téléphone des personnes autorisées à prendre en charge l'enfant :

.....

.....

.....

A Grisolles, le

Signature