

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom-Prénom _____
Date de naissance _____ sexe _____ classe _____
Adresse _____

Père

Nom _____ Prénom _____
N° de téléphone Domicile _____ Portable _____
Travail _____ Email _____

Mère

Nom _____ Prénom _____
N° de téléphone Domicile _____ Portable _____
Travail _____ Email _____

Renseignements Sanitaires

Médecin traitant _____ N° de téléphone _____
Maladies contractées _____
Allergies _____
Observations particulières (accidents, hospitalisations, énurésie, régime alimentaire,...)

Autorisations

- Sortir seul oui non A quelle heure _____
 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 autorisés à prendre en charge l'enfant :

A Grisolles le _____

Signatures
