

L'enfant

Nom : Prénom : Sexe : F M
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance.....
Classe :

Responsables légaux de l'enfant

Destinataire de la facture

Père - Mère - Famille d'accueil - autre (précisez) :
.....
Nom :
Prénom
Date et lieu de naissance : .../.../... à
Situation familiale *.....
Adresse :
.....
☎ domicile :
☎ portable :
Email :
☎ Professionnel :
Profession :
Employeur

Père - Mère - Famille d'accueil - autre (précisez) :
.....
Nom :
Prénom
Date et lieu de naissance : .../.../... à
Situation familiale *
Adresse :
.....
☎ domicile :
☎ portable :
Email :
☎ Professionnel :
Profession :
Employeur

* En cas de garde alternée ou exclusive, merci de le préciser :

Santé

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant a-t-il des allergies :

Alimentaires : Oui Non Si oui, précisez :

Autres (pollen, médicamenteuse...) : Oui Non Si oui, précisez :

Précisez la conduite à tenir (en cas de Projet d'Accueil Individualisé ou protocole, merci d'en fournir une copie) :

Recommandations utiles des parents : (veuillez préciser si votre enfant est porteur d'un handicap, de lunettes, de prothèses auditives, dentaires, s'il a eu des maladies, accident, crises convulsives, opérations et les précautions à prendre :.....
.....
.....

Autre : AESH Suivi particulier

Aucun médicament ne sera donné en dehors d'un PAI.

J'autorise le personnel responsable de mon enfant à prendre toutes les dispositions nécessaires, en cas de blessure ou d'accident grave, pour que mon enfant reçoive les soins médicaux adaptés.

