



**Enfant 1**

Nom Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Sexe:

 Fille Garçon

Classe .....

Etablissement scolaire de .....

Régime alimentaire spécifique  OUI  NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : ..... Date du dernier rappel vaccin DTPolio : ...../...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s):  OUI  NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ?  OUI  NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...) .....

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile :  OUI  NON**Enfant 2**

Nom Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Sexe:

 Fille Garçon

Classe .....

Etablissement scolaire de .....

Régime alimentaire spécifique  OUI  NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : ..... Date du dernier rappel vaccin DTPolio : ...../...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s):  OUI  NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ?  OUI  NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...) .....

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile :  OUI  NON**Enfant 3**

Nom Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Sexe:

 Fille Garçon

Classe .....

Etablissement scolaire de .....

Régime alimentaire spécifique  OUI  NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : ..... Date du dernier rappel vaccin DTPolio : ...../...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s):  OUI  NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ?  OUI  NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...) .....

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile :  OUI  NON**Personnes habilitées à venir récupérer le ou les enfant(s) sur les différentes activités (autre que les parents):**

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....

**Cas particulier : Personnes non autorisées à venir récupérer le ou les enfant(s):**

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Fournir obligatoirement une copie du jugement.