

Renseignements concernant l'enfant

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Classe : _____

Contre-indications médicales éventuelles/ allergies :

Médecin traitant (Nom adresse et téléphone) : _____

Suivi extérieur par un professionnel : orthophoniste, psychomotricien... (Nom et téléphone)

Renseignements concernant les parents ou les représentants légaux

	Parent ou représentant légal 1	Parent ou représentant légal 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Profession		
Courriel		
Tel domicile		
Tel portable		
Tel professionnel		

Renseignements concernant la vie scolaire

● En cas d'accident de votre enfant, personne à prévenir autre que les parents ou représentants légaux (NOM Prénom Téléphone) : _____

● A la sortie de l'école, mon enfant rentre :

Accompagné d'un adulte (NOM Prénom des adultes autorisés à venir chercher l'enfant) :

Seul

Fait à _____ le _____

Signatures des parents ou représentants légaux