

Contacts:

Père Mère

NOM NOM

PRENOM PRENOM

Adresse Adresse

Ville Ville

Tél: Tél:

mail mail

N° Sécu N° Sécu

Adresse de facturation en cas de séparation: Père Mère
En cas de garde alternée, précisez à l'accueil l'adresse de facturation et les périodes concernées

Si impossibilité de joindre les parents:

Tél:

Tierce personne ou structure autorisée à récupérer votre enfant (3-11 ans)

.....
.....
.....

Renseignements médicaux

Nom et tél du médecin traitant.....

Votre enfant suit-il un traitement médical? OUI NON
si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Votre enfant a-t'il des allergies? OUI NON
Si oui, précisez lesquelles ainsi que les préconisations à prendre

Votre enfant a-t'il un handicap? OUI NON
Avez vous un suivi avec la MDPH? OUI NON
Quelles sont les préconisations à suivre:

.....
.....
.....
.....

Difficultés de santé: (Asthme, accident, crises convulsives, hospitalisation, port de lunettes ou lentilles, prothèses...)

OUI NON
.....
.....
.....
.....

Autorisez vous les responsables à faire hospitaliser votre enfant en cas d'urgence? OUI NON