

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Assurance extrascolaire (nom et n° de police)

Médecin traitant :

Adresse :

..... Tél. :

Informations importantes (santé, comportement, ...):
.....

Renseignements sur le(s) responsable(s) légal(aux)

PERE

Nom : Prénom :

Tél. travail : Portable : Dom. :

Email (veuillez à l'écrire lisiblement) :

Adresse :

MERE

Nom : Prénom :

Tél. travail : Portable : Dom. :

Email (veuillez à l'écrire lisiblement) :

Adresse :

AUTRE

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant

Tél. travail : Portable : Dom. :

Email (veuillez à l'écrire lisiblement) :

Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence

.....
Tél. travail : Portable : Dom. :