

ECOLE

**CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE UNIQUEMENT SI DES
MODIFICATIONS SONT A APPORTER SUR LES
RENSEIGNEMENT DEJA FOURNIS LES ANNEES PRECEDENTES
(merci de penser aux coordonnées téléphoniques)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ?	OUI <input type="checkbox"/> Lesquelles :	NON <input type="checkbox"/>
Votre enfant suit-il un traitement médical permanent ?	OUI <input type="checkbox"/> Lequel :	NON <input type="checkbox"/>
Nom du Médecin traitant :	Tél. :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Téléphones des personnes à contacter en cas d'urgence	
e-mail	
Profession du père : Tél.prof :	
Profession de la mère : Tél prof. :	

Date et Signature du représentant légal

