

Nom : **Prénom :**
 né(e) le à
 N° Sécurité sociale :
 Classe : Ecole :
 Régime allocataire (CAF, MSA, AUTRES) : N° Allocataire :

Responsables

Nom :
Prénom :
 Adresse :
 Ville :
 Tel Personnel :
 Tel Portable :
 Email :
 Profession :
 Employeur :
 Tel Bureau :
 Situation matrimoniale :
Droit de prise en charge : Oui / Non

Nom :
Prénom :
 Adresse :
 Ville :
 Tel Personnel :
 Tel Portable :
 Email :
 Profession :
 Employeur :
 Tel Bureau :
 Situation matrimoniale :
Droit de prise en charge : Oui / Non

Fiche Sanitaire

Médecin :, Tel Médecin :
 A jour des vaccins obligatoires :
 Allergies :
 Nom et téléphone du médecin traitant :
 Recommandations utiles des parents :
 Régime Alimentaire :
 Traitement Médicamenteux :

Délégués

Nom Prénom	Coordonnées	Parenté	Prise en charge	Contact en cas d'urgence

Autorisations

Baignade :

Droit à l'image :

Partir seul :

Autorisation d'utiliser les transports (sorties) :

Droit d'utiliser CAF PRO :

Autorisation d'utiliser les transports (ramassage) :

Mutuelle et Responsabilité civile

Mutuelle : N°

Responsabilité civile : N°

Fait à le

Les responsables de l'enfant

« Atteste(nt) de l'exactitude des informations portées sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur »

Pour l'établissement