
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 :

Droit de prise en charge : Oui / Non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tel Personnel :

Tel Portable :

Email :

Profession :

Employeur :

Tel Bureau :

Droit de prise en charge : Oui / Non

Fiche Sanitaire

Médecin :, Tel Médecin :

Recommandations utiles des parents :

A jour des vaccins obligatoires :

Allergies :

Régime alimentaire :

Traitement médicamenteux :

Nom et téléphone du médecin traitant :

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 (car et minibus) :

Droit d'utiliser CAF PRO :

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