

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES....
OU A-T-IL DES SOUCIS DE SANTE :

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

*Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA
STRUCTURE.

1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal :

.....

Adresse postale :

.....
.....

Adresse électronique :

.....@.....

Tel. Domicile :/...../...../...../.....

Tel. Travail parent 1 :/...../...../...../.....

Tel. Travail parent 2 :/...../...../...../.....

Tel. Portable parent 1 :/...../...../...../.....

Tel. Portable parent 2 :/...../...../...../.....

Nom et adresse de l'entreprise du parent 1 :

Nom et adresse de l'entreprise du parent 2 :