

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM et Prénom de l'enfant : Classe :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Situation des parents: mariés concubinage séparés divorcés veuf(ve) célibatairePersonne(s) chez qui réside habituellement l'enfant: parents père mère autre:.....

Adresse:

Téléphone dom. : E-mail :

	Père	Mère
NOM Prénom		
Tel. Portable		
Profession		
Lieu de travail		
Téléphone prof.		
Temps de travail	Complet - Mi-temps - Partiel	Complet - Mi-temps - Partiel

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant (nom et numéro de téléphone) :

-

-

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ? Oui Non

Assurance - L'enfant est assuré par

N° de contrat (joindre le récépissé) :

Allocations Familiales : Oui Non N° Allocataire :Si Oui, Prestataire : CAF MSA Autres (Préciser) :**Renseignements médicaux :**

Groupe sanguin :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Antécédents médicaux :

Allergies connues :

Médicaments interdits :

Aliments interdits :

L'enfant suit-il un traitement particulier ? Oui Non Lequel :Votre enfant doit-il porter des lunettes en permanence ? : Oui Non

Renseignements complémentaires concernant la santé de l'enfant :

.....

Nous, soussignés, autorisons le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale avec anesthésie sur notre enfant.

Date :

Signature(s) :