



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :
Né(e) à :

Autorisation d'intervention médical :

Lieu d'hospitalisation : N° CAF ou MSA:

Allergie repas:

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....
.....
.....

Nom du responsable :

Né(e) le :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de sécu :

Centre de sécu :

Employeur :

Profession :

PERE : Nom :

Prénom :

Né le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

MERE : Nom :

Prénom :

Née le :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

N° de Sécu. :

Centre de Sécu. :

Employeur :

Profession :

Observations :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/.../.....

Signature