

Nom : _____ Prénom : _____

Classe _____ Date de naissance _____

Externe ou demi-pensionnaire _____

PARENTS/TUTEURS

Nom : _____ Prénom : _____
Parenté : _____ Tél. domicile : _____
Adresse : _____ Tél. bureau _____
Code postal : _____
Ville _____

Nom : _____ Prénom : _____
Parenté : _____ Tél. domicile : _____
Adresse : _____ Tél. bureau _____
Code postal : _____
Ville _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Parenté : _____
N° de tél : _____

INFORMATIONS MEDICALES

Hôpital : _____
Docteur : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
N° de tél. : _____

Allergies : _____
Etat médical : _____
Traitement en cours : _____