

Enfant

Nom :
 Prénom(s) :
 Sexe : M / F Nationalité :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Adresse de résidence :
 Code postal : Commune :

Représentant légal : Parents – Père – Mère –Autre :

Situation familiale : marié(s) – pacsé(s) – divorcé(s) – veuf – concubinage – autre :

	Père	Mère	En cas de parents séparés : Conjoint du père	En cas de parents séparés : Conjoint de la mère
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Nationalité				
Adresse complète				
N° téléphone fixe				
N° portable				
Adresse mail				
Profession				
Employeur				

Médecin traitant : Nom :Téléphone :

Adresse :

Les vaccinations de l'enfant sont-elles à jour ? OUI – NON

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :/...../.....

Votre enfant est-il allergique ? Si oui, à quoi ?.....

Votre enfant est-il sous traitement ? Si oui, lequel ?.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI – NON

Numéro de sécurité sociale de la personne assurant l'enfant : . / . . / . . / . . / . . . / . . . / . .

En cas d'urgence, les parents sont avertis en premier.

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom :Qualité : Gardienne, voisin(e), parenté,.....

Tél :Adresse :

Un document plus détaillé sur les personnes à contacter en cas d'urgence sera à compléter à la rentrée.

Je soussigné(e)certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer par écrit et sans délai toute modification éventuelle concernant les informations contenues dans le présent document.

A Muespach, le Signature :