

DOSSIER D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE

FICHE ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole : Classe :

Informations médicales :

Nom du médecin :

N° de téléphone du médecin :

Adresse :

Assurance :

Compagnie d'assurance :

N° de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorise la prise de photos lors des activités :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port de lunettes :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil dentaire :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Pratiques alimentaires

Type de régime alimentaire :

Commentaire :