

1^{er} ENFANT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	ECOLE	CLASSE et NOM ENSEIGNANT
				<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire	Niveau : _____ M.....

2^e ENFANT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	ECOLE	CLASSE et ENSEIGNANT
				<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire	Niveau : _____ M.....

3^e ENFANT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	ECOLE	CLASSE et ENSEIGNANT
				<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire	Niveau : _____ M.....

PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER LES ENFANTS (autres que les parents)

NOM - PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

MEDECIN TRAITANT

NOM	ADRESSE	TELEPHONE

Régime Alimentaire

sans porc sans viande (végétarien : avec poisson) standard

CONTRE-INDICATIONS

Allergies / autres.....

Doit faire ses devoirs pendant la garderie du soir OUI NON (uniquement école élémentaire, sauf CP)

Autorisation à rentrer seul après la garderie OUI NON (uniquement école élémentaire)

Autorisation à participer à des activités photos OUI NON