

Nom, prénom de l'enfant :  Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....

Régime alimentaire : ..... Date de dernière mise à jour du carnet de santé .....

**DERNIER RAPPEL DTP (DIPHTERIE, TETANOS, POLIO):**

**POIDS DE L'ENFANT:**

**ALLERGIES (ALIMENTS, MEDICAMENTS, AUTRES...):**

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS:**

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Père
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
Situation familiale :		
N° Sécurité sociale :		

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

**Médecin traitant** : Nom : ..... Téléphone .....

Adresse : .....

**FAIT A  
LE**

**SIGNATURE**