

Fiche de renseignements et d'autorisations

L'enfant

Nom : _____
 Prénom : _____
 Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____
 Adresse : _____

Personne responsable de l'enfant

Le père	La mère
Nom/Prénom: _____	Nom/Prénom : _____
Email : _____	Email: _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Employeur : _____	Employeur : _____
☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Médical

Nom du médecin de famille : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Renseignements particuliers : (allergies) _____

Lieu d'hospitalisation : _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le : ____ / ____ / 20 - - à : _____

Signature Père :

Signature Mère :

