

## Fiche de renseignements et d'autorisations

### L'enfant

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ N° alloc. CAF : \_\_\_\_\_  
 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 :

