



L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Garçon Fille
Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)
Domicile(s) de l'enfant : _____
Langue maternelle : Français Anglais Autre : _____
Allergies/intolérances (si connu) : _____
No de carte d'assurance maladie : _____
Date d'expiration de la carte d'assurance maladie : _____ (JJ/MM/AAAA)

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

NOM : _____ Prénom : _____
 Père Mère Autre (préciser) : _____ Langue parlée : Français Anglais Autre : _____
Langue écrite : Français Anglais Autre : _____
Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA) Situation de famille : Célibataire Marié(e)
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. mobile : _____ Tél. travail : _____ Tél. domicile : _____
Adresse courriel : _____

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

NOM : _____ Prénom : _____
 Père Mère Autre (préciser) : _____ Langue parlée : Français Anglais Autre : _____
Langue écrite : Français Anglais Autre : _____
Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA) Situation de famille : Célibataire Marié(e)
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. mobile : _____ Tél. travail : _____ Tél. domicile : _____
Adresse courriel : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM et Prénom : _____	Téléphone : _____
NOM et Prénom : _____	Téléphone : _____
NOM et Prénom : _____	Téléphone : _____

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM et Prénom : _____	NOM et Prénom : _____
NOM et Prénom : _____	NOM et Prénom : _____

RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRES : Frère(s), sœur(s) – Nom, prénom, âge

