

Fiche de renseignements

Enfant

Nom et Prénom(s): _____

Date et lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Ecole : _____

Classe : _____

Informations particulières sur sa santé : _____

Médecin traitant (nom et téléphone) : _____

Clinique où doit être conduit l'enfant en cas d'accident (nom et téléphone) : _____

Parents

	PERE	MERE
Profession		
E-mail		
Tel. Portable		
Tel. Bureau		

DECHARGE EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) _____ autorise Mme DOSH ou la personne responsable s'occupant de mon enfant, à le conduire en cas d'accident à la clinique ou chez le médecin cités ci-dessus.

Fait à _____ le _____

Signature des parents

