

**GARDERIE PÉRISCOLAIRE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT	
COMPLEMENT D'INFORMATIONS -GARDERIE PERISCOLAIRE	
RENSEIGNEMENTS PRATIQUES	

Nom du médecin traitant	
Adresse du médecin traitant	
Téléphone	
Allergies	
Traitements	
Vaccinations	
BCG	OUI NON

DT POLIO	OUI NON
----------	---------

ROR	OUI NON
Remarques	

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
NOM PRENOM ADRESSE TELEPHONE	

PERSONNES AUTORISÉES A REPENDRE L'ENFANT	
NOM PRENOM ADRESSE TELEPHONE	

PERSONNES AUTORISÉES A REPENDRE L'ENFANT EN CAS DE RETARD	
NOM PRENOM ADRESSE TELEPHONE	

ASSURANCE SCOLAIRE	
COMPAGNIE	
N° DE CONTRAT	

Je soussigné.....déclare avoir pris connaissance du présent règlement dont un exemplaire m'a été remis et demande, qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires soient donnés à mon enfant.....
Date Signature