



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ENFANT



Nom :

Prénom :

Né(e) le :

IDENTITE DES PARENTS



Père :

Mère:

→ Père : (1)

(2)

→ Mère : (1)

(2)

PLANNING DE LA SEMAINE



Lundi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Mardi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Mercredi

- Je retourne à 12h05 avec
- Je prends le bus
- Je rentre seul

Jeudi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Vendredi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

SANTE



Port de lunettes : OUI NON

→ Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant les récréations OUI NON

Traitement médical (ex : traitement de l'asthme) :

Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, merci de nous faire parvenir une demande écrite et un double de l'ordonnance du médecin.

Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Allergies éventuelles :

-
-



EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :

Toute modification des renseignements ci-dessus doit être signalée au plus tôt à l'école.



Signatures des parents :



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ENFANT



Nom :

Prénom :

Né(e) le :



IDENTITE DES PARENTS

Père :

Mère:

→ Père : (1)

(2)

→ Mère : (1)

(2)



PLANNING DE LA SEMAINE

Lundi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Mardi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Mercredi

- Je retourne à 12h05 avec
- Je prends le bus
- Je rentre seul

Jeudi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

Vendredi

- Je retourne à 15h25 avec
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi , le soir

SANTE



Port de lunettes : OUI NON

→ Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant les récréations OUI NON

Traitement médical (ex : traitement de l'asthme) :

Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, merci de nous faire parvenir une demande écrite et un double de l'ordonnance du médecin.

Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Allergies éventuelles :

-
-



EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :

➔ Nom et tél :



Toute modification des renseignements ci-dessus doit être signalée au plus tôt à l'école.

Signatures des parents :