

Formulaire Santé

Prénom: _____ Nom: _____

adresse: _____

Ville: _____ code Postal: _____

tel.: maison _____ contact: _____

tél.urgence 1 _____ contact: _____

tél. urgence 2 _____ contact: _____

N.A.M: _____ date d'expiration: _____

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie / intolérance? O / N

Si oui, laquelle: _____

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie particulière? O / N

Si oui, laquelle: _____

Autre information:

Blessure antérieure à souligner: _____

_____ signature du responsable

_____ date