



**Nom de l'enfant** : ..... Ecole : .....  
**Prénom de l'enfant** : ..... Classe : .....  
Sexe : ..... Section : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....  
Date d'inscription au restaurant scolaire : ...../...../.....  
Jours fréquentés : .....  
Assureur : ..... N° de contrat : .....

Médecin traitant (nom, prénom, ville, tél.) : .....  
Lieu d'hospitalisation : .....

Type de repas : .....

**Personnes à prévenir en cas d'accident** (nom, prénom, qualité et téléphone) :

.....  
.....  
.....

**Personnes habilitées à récupérer l'enfant** (nom, prénom, qualité et téléphone) **Peut rentrer seul ?** : .....

.....  
.....  
.....

**Nom du responsable** : ..... **Civilité** : ..... **Né(e) le** : ...../...../.....  
**Prénom du responsable** : ..... Situation familiale : .....

Adresse : .....  
Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Professionnel : ..... Portable : .....  
N° de sécu. : ..... Centre : .....  
Employeur : ..... Profession : .....

**PERE : Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Né le** : ...../...../.....

Adresse : .....  
Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Professionnel : ..... Portable : .....  
N° de sécu. : ..... Centre : .....  
Employeur : ..... Profession : .....

**MERE : Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Née le** : ...../...../.....

Adresse : .....  
Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Professionnel : ..... Portable : .....  
N° de Sécu : ..... Centre : .....  
Employeur : ..... Profession : .....

Observations diverses :

Je soussigné(e).....déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.  
Fait à ..... le .....

Signature :