

Dossier Famille à Compléter

Enfant 3

Nom : Sexe : Garçon

Prénoms : Fille

Date de naissance/...../.....

Lieu de naissance :

Ecole : Classe 2020/2021 :

Planning de l'enfant

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>
Cantine <input type="checkbox"/>	Cantine <input type="checkbox"/>			Cantine <input type="checkbox"/>
Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie midi <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>

Médecin traitant

Nom /Prénom:

Téléphone:

Allergie (s) – Régime alimentaire

Maladie – Antécédent médicaux