

Dossier Famille à Compléter

Enfant 3

Nom : Sexe : Garçon

Prénoms : Fille

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

Lieu de naissance ::.....

Ecole : Classe 2019/2020 :

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"/> | Garderie Matin <input type="checkbox"/> |
| Cantine <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 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