



FICHE MÉDICALE

Nom de l'enfant:

Nom et téléphone des parents:

Mère:

Père:

Numéro de la carte Assurance-Maladie:

Informations médicales:

Personne à rejoindre en cas d'accident ou d'urgence, si les parents ne sont pas disponibles:

-
-

Signature du parent:

Date: