



GARDERIE PÉRISCOLAIRE

ÉCOLE COMMUNALE DE SIMANDRE

Monsieur et/ou Madame:.....

Autorise(ent) les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon (leur) enfant(s):

Nom:..... Prénom:.....

PERSONNES AUTORISÉES:

-.....
-.....
-.....
-.....

FICHE MÉDICALE

L'ENFANT:

Nom:..... Prénom:.....

Date de naissance:...../...../..... Classe:.....

LES PARENTS:

Adresse:.....

Mère:..... Profession:..... ☎.....

Père:..... Profession:..... ☎.....

Autres:.....

Médecin traitant:

Nom:..... ☎.....

Adresse:.....

En cas d'hospitalisation, vers quel établissement voulez-vous que nous dirigions votre enfant? (cocher la case de votre choix)

Clinique Saint-Marie Hôpital de Chalon Autres

Problèmes particuliers: OUI NON

Si oui lesquels:.....

Observations particulières:.....

Signature :