

Mesure de sécurité

NOM ET PRÉNOM	DATE

PERSONNE AUTORISÉE AU DOSSIER (autre que le père et la mère)	

EN CAS D'URGENCE, IDENTIFIER LA PERSONNE À CONTACTER

ALLERGIES

MÉDICATION À PRENDRE RÉGULIÈREMENT

PARTICULARITÉ (ALIMENTAIRE, PHYSIQUE OU AUTRE)

Adresse courriel

Signature du parent responsable :

Date :