



Bulletin d'inscription 2024-2025

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date de naissance:

Adresse:

NP:

Ville:

Nom de la mère:

Tél. privé:

Tél. pro.:

Profession:

E-mail:

Nom du père:

Tél. privé:

Tél. pro.:

Profession:

E-mail:

Nom de l'assurance maladie de l'enfant:

Nom de l'assurance RC de l'enfant:

Nom du pédiatre:

Numéro de téléphone du pédiatre:

Renseignements généraux:

Votre enfant est-il allergique?

Oui

Non

Si oui, à quoi:

Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé?:

Oui

Non

Si oui, lesquels:

Votre enfant est-il vacciné?

Oui

Non

Si oui, merci de joindre une copie du carnet de vaccination.

Personnes qui sont autorisées à venir chercher l'enfant et numéros de téléphones:

