

# Enfants

Nom : .....

Prénoms : .....

Date, heure et lieu de naissance : .....

## Etudes

Etablissement scolaire actuel : .....

Classe : ..... Professeur Principal : .....

Contact : .....

## Santé

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Groupe sanguin : ..... Médecin traitant : ..... Contact : .....

Maladies / Allergies : .....

Traitements : .....

## Extra-scolaire

Sport / Loisir : ..... Horaires : .....

Professeur : ..... Contact : .....

Sport / Loisir : ..... Horaires : .....

Professeur : ..... Contact : .....

Aime : .....

Déteste : .....

Plat Favoris : .....

Aimerait pour Noël ou son anniversaire : .....