



# CONFIDENTIEL

Votre enfant a-t-il des habitudes spécifiques pour dormir ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(\*)Biffer la mention inutile

## EN CAS D'URGENCE

Si vous êtes absent, veuillez noter ci-dessous la personne à contacter en urgence

Nom : ..... N° de téléphone : .....

Informations complémentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Toutes ces données sont valables durant la période de la formation.

Date et signature(s) parent(s), tuteur ou participant majeur,

.....

***Le(s) soussigné(s) déclarent avoir pris connaissance du document et signalent que les éléments ci-dessous seront exploités au mieux. Ces informations confidentielles seront communiquées au médecin appelé en cas d'intervention.***

Date et signature  
Commandant