

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Allergies ou problèmes de santé :

Votre enfant fait-il la sieste habituellement ? OUI NON

Combien de temps environ ?

A-t-il un doudou ? OUI NON

Le doudou doit-il rentrer à la maison le soir ? OUI NON

Acceptez-vous d'être sur le WhatsApp de la classe ?

OUI NON

Si OUI, votre numéro SVP :