



Nom des parents :
Adresse de la maison :
Numéro de téléphone maison :
Numéro de téléphone cellulaire père:
Numéro de téléphone cellulaire mère:
Nom des enfants ainsi que leur âge:
1-
2-
3-
Allergies et/ou intolérance:
1-
2-
Médicaments à donner :
1-
2-
Numéro d'urgence : 911
Centre antipoison :
Nom du médecin :
Numéro de téléphone du médecin :
Emplacement de la trousse de premiers soins :