

FICHE CONFIDENTIELLE DE SECURITE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : Classe de :

Téléphone de la mère : Téléphone du père :

Profession de la mère : Profession du père :

Autre personne à contacter en cas d'urgence : tél :

Assurance scolaire : Compagnie..... N°:.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique DTCP

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui/non il les garde : en classe / en récréation / en sport

Allergies connues, contre-indications médicales :

.....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

POUVOIR

Je soussigné(e) : Mme.....Mr.....

- Autorise la directrice ou sa déléguée à faire transporter à l'hôpital, par ambulance ou pompiers (selon décision de l'équipe médicale du 15), **mon enfant** :
- Autorise le corps médical à prendre en mon nom et place les mesures nécessaires pour tout acte opératoire ou d'anesthésie dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident.

A, le :

Signature des représentants légaux :

(Précédé de la mention « bon pour pouvoir »)

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Merci de fournir au plus tôt un planning à l'enseignant(e) si jours irréguliers

Garderie matin Oui/Non* Jours :

Garderie soir Oui/Non* Jours :

Cantine Oui/Non* Jours :

Dortoir Oui/ Non* Jours :

Bus Oui/ Non* Jours :