

INTERVENTION MÉDICALE URGENTE *

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT (1) : **DATE DE NAISSANCE**

ÉCOLE : Classe Année : 2025/2026

JE SOUSSIGNÉ(E) :

ADRESSE : **N° de téléphone :**

AGISSANT EN QUALITÉ DE : PÈRE - MÈRE - TUTEUR LÉGAL (2)

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE MON ENFANT, AUTORISE LE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT À PRENDRE, SUR AVIS MEDICAL, TOUTES LES MESURES D'URGENCE NÉCESSAIRES.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'UN OU PLUSIEURS PROCHES DE L'ENFANT, JOIGNABLES ENTRE 11 H 30 ET 13 H 30 (PRÉCISEZ À COTÉ DE CHAQUE PERSONNE DE QUI IL S'AGIT – MÈRE, PÈRE ...)

NOM	PRÉNOM	N° DE TELEPHONE	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT

N° ET ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

NOM, ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

À VAUJOURS, LE

SIGNATURE

(1) établir une fiche par enfant

(2) rayer la mention inutile

*Si le nombre de fiches fournies dans ce dossier est insuffisant, nous vous encourageons à en faire une copie. Une fiche par enfant est nécessaire. Merci.