



FICHE D'URGENCE

ENFANT

PERE

MERE

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Téléphone(s) pour vous joindre :	Téléphone(s) pour vous joindre :
Sexe : M - F	Dom.:	Dom.:
	Port. :	Port. :
	Travail :	Travail :

SANTE

Port de lunettes : OUI NON
Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant :
- les séances de motricité/EPS OUI NON
- les récréations OUI NON

Allergies éventuelles :

Traitement médical (ex : traitement de l'asthme) :

Médecin traitant : Dr

Téléphone :

Nom de l'assurance et N° de police :

Date du dernier rappel antitétanique :

URGENCE

Personnes à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre :

Nom :	Téléphone :
Nom :	Téléphone :
Nom :	Téléphone :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Mr et/ou Mme autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

>

Autorisation de publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e) _____ parent de l'élève _____

autorise la publication des images dans lesquelles peut apparaître mon enfant pendant la réalisation de projets pédagogiques de l'année scolaire 2011-2012 **sur tout support**.

autorise la publication des images dans lesquelles peut apparaître mon enfant pendant la réalisation de projets pédagogiques de l'année scolaire 2011-2012 **excepté sur Internet**.

n'autorise pas la publication d'images de mon enfant.

A _____ le _____

Signature :

Toute modification des renseignements ci-dessus (en particulier les n° de téléphone et adresses) doit être signalée au plus tôt à l'école.