

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/FICHE D'URGENCE**ÉLÈVE -----**

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M**RESPONSABLE LÉgal 1 -----**

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Profession : Situation familiale :

Adresse :

Code postal : Ville : Courriel :@

☎ domicile : ☎ portable: ☎ travail : (poste :

RESPONSABLE LÉgal 2 -----

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Profession : Situation familiale :

Adresse :

Code postal : Ville : Courriel :@

☎ domicile : ☎ portable: ☎ travail : (poste :

FRÈRE(S) ET SŒUR(S) -----

Prénom : Date de naissance : / / Classe :

Prénom : Date de naissance : / / Classe :

Prénom : Date de naissance : / / Classe :

Prénom : Date de naissance : / / Classe :

AUTRE(S) PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE -----

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

☎ domicile : ☎ portable: ☎ travail : (poste :)

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

☎ domicile : ☎ portable: ☎ travail : (poste :)

DOSSIER SANTÉ -----

Nom du médecin traitant: Ville : ☎ :

Date du dernier rappel antitétanique : / / (Un rappel tous les 5 ans est nécessaire)

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non si oui : ☐ en permanence ☐ uniquement en classe

Autres informations (traitement, allergie, asthme, maladie) :

Je (nous), soussigné(e)(s), M. et/ou Mme autorise (ons) l'anesthésie

de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à

évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Signature(s) :

ASSURANCE SCOLAIRE -----

Compagnie d'assurance responsabilité civile: N° de contrat :

Compagnie d'assurance individuelle accident: N° de contrat :
(si différente)

SÉCURITÉ SOCIALE -----

Centre de sécurité sociale et adresse :

..... N° de sécurité sociale :

IMPORTANT : Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus vite possible.