

1 : NOM : Lien avec l'enfant :

☎ Téléphone domicile

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ☎ Téléphone portable

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☎ Téléphone travail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 : NOM : Lien avec l'enfant :

☎ Téléphone domicile

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ☎ Téléphone portable

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☎ Téléphone travail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorisation

- ▶ **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital**, le mieux adapté.
- ▶ **Autorisation d'intervention chirurgicale**
Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame 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.

A le **Signature des parents**

- ▶ **Problèmes de santé** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre... remarques...)

Lunettes

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :

en permanence ☐ ... ou ... en classe uniquement ☐



Informations périscolaires (Ces informations n'ont pas valeur d'inscription !)

Garderie

	lundi	mardi		jeudi	vendredi
matin					
midi					
soir					

Restauration scolaire

lundi	mardi	jeudi	vendredi

Déplacements domicile - école seul ☐ accompagné ☐

Suivi extérieur

	Nom de l'intervenant (commune d'exercice)	Jours du suivi
Service de soins (CMPP...)		
Orthophoniste		
Psychologue		
Autre		

Autres informations utiles

Adresse mail que l'équipe enseignante peut utiliser pour vous transmettre des informations