



STRUCTURE D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

FICHE SECURITE

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le : à :

Adresse de l'enfant :

N° de **sécurité sociale** du parent qui assure l'enfant :

.....

Caisse primaire de

PARENT 1

Nom : Prénom :

Adresse du parent 1 de l'enfant :

Téléphone :

Lieu de travail :

Adresse :

Téléphone professionnel :

PARENT 2

Nom : Prénom :

Adresse du parent 2 de l'enfant :

Téléphone :

Lieu de travail :

Adresse :

Téléphone professionnel :

AUTRES PERSONNES HABILITEES A REPENDRE L'ENFANT

Nom :

Qualité (assistante maternelle, grands-parents...) :

Adresse :

Téléphone :

Nom :

Qualité (assistante maternelle, grands-parents...) :

Adresse :

Téléphone :

Nom :

Qualité (assistante maternelle, grands-parents...) :

Adresse :

Téléphone :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.
La famille est immédiatement avertie par nos soins.
Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

En cas d'urgence ou d'accident, j'autorise les agents municipaux de la Commune de Niedermorschwihr à prendre toutes les mesures utiles à la santé de mon enfant et en particulier, à le faire transporter à l'hôpital, par les services de secours d'urgence, pour y recevoir des soins adaptés.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

.....

.....

.....

.....

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

.....

Date et signature des parents :