

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Date des dernières vaccinations obligatoires subies :

Si votre enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Vaccin	Dates de vaccination (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			

Si votre enfant est né après le 1^{er} janvier 2018,
veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Vaccins	Dates des vaccinations (par dose)		
	Dose 1	Dose 2	Dose 3
DT Polio			
Hib			
Coqueluche			
Hépatite B			
Pneumocoque			
ROR			
Méningocoque			

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON
Doit-il les porter lors des activités ? OUI NON

Veuillez noter ci-dessous tout renseignement utile concernant la santé de l'enfant (allergies à certains médicaments, etc.).

.....

Nom et téléphone du médecin de famille :

Assurance extra scolaire OUI NON

Vérifiez que votre assurance privée vous accorde bien, pour votre enfant, la responsabilité civile et individuelle accident et veuillez fournir, le plus rapidement possible, **une attestation**.

En cas d'accident, la mairie s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués. 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.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame,
responsables légaux et/ou détenteurs de l'autorité parentale, 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 responsables légaux et/ou détenteurs de l'autorité parentale

Si vous avez des renseignements confidentiels à communiquer, vous pouvez les remettre sous pli cacheté.