

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

ELEVE

NOM : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Responsables légaux de l'enfant :

Dans le cas où l'un des parents exerce seul l'autorité parentale, la copie de la décision judiciaire (partie portant sur l'autorité parentale) sera transmise pour information au directeur de l'école.

REPRESENTANTS LEGAUX

En cas d'urgence, un élève 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 élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.** En cas d'accident, l'école prévient la famille par les moyens les plus rapides.

	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur
NOM						
Prénom						
Adresse						
Profession						
Employeur						
N° téléphone domicile						
N° téléphone portable						
N° téléphone travail						

Je soussigné(e)....., **autorise la directrice et les enseignants à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident grave survenu à mon enfant** (nom de l'enfant)..... **pendant les heures de classe.**

ASSURANCE

L'assurance individuelle de tous les élèves est fortement conseillée. Elle sera exigée pour toutes sorties scolaires. Elle doit couvrir :
 - les conséquences des accidents causés par l'enfant (Responsabilité civile),
 - les dommages subis par lui (Assurance individuelle).

Nom de la compagnie :

N° de téléphone : N° de contrat :

Merci de faire parvenir une attestation à la rentrée (ou le plus rapidement possible).

Adresse du centre de sécurité sociale :

Numéro de sécurité sociale :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (D.T.P.) :

Observations particulières à porter à la connaissance de l'établissement : **allergies, port de lunettes,** traitements en cours, précautions particulières... : port de lunettes : OUI - NON.....

Allergies alimentaires : OUI – NON si oui quel aliment ? :

Allergie aux animaux : OUI – NON si oui quel animal ?.....Allergie au lapin : OUI – NON

Autre.....

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

.....

Date : / / 2020

Signature des responsables légaux :

