

ANNEXE 4 Bis



Un cap pour t'aider à grandir

Nom et Prénom de l'élève :

FICHE SANTE ET SECURITE DES ELEVES

NOM et prénom du père : _____

NOM et prénom de la mère : _____

Adresse complète: _____

_____ N° de téléphone domicile : ____/____/____/____/____

Employeur du père (nom et adresse) : _____

_____ N° de téléphone: __ __/__/__/__/__/__

Employeur de la mère (nom et adresse) : _____

_____ N° de téléphone : __/__/__/__/__/__

Sécurité sociale du père : N° __/__/__/__/__/__/__/__/__

Sécurité sociale de la mère : N° __/__/__/__/__/__/__/__/__

Adresse du centre :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

Groupe sanguin :

Date de naissance : ____/____/____/____

N° de Carte Nationale d'Identité ou passeport : _____

Date d'expiration : _____

le numéro de la carte d'identité ou du passeport est indispensable pour les sorties de territoire (Jersey, Irlande).

Vaccinations:

Joindre au verso une photocopie du carnet de santé de votre enfant

ALLERGIES ou TRAITEMENT SPECIFIQUE :

En cas d'allergie, de traitements spécifiques ou contre-indications médicales, veuillez nous le signaler ci-dessous :

A _____ Le _____

Signature :

Vaccinations
Agrafer une photocopie du carnet de santé
ICI

DECLARATION DES PARENTS

En cas d'accident ou de maladie grave survenant à votre enfant :

NOM : Prénom :

Autorisez-vous les responsables de l'établissement à prendre toutes mesures qu'ils jugeraient utiles devant la nécessité de procéder à des soins, et en cas d'impossibilité de vous joindre, à faire hospitaliser votre enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale, y compris l'anesthésie générale, s'il y avait urgence ?

OUI

NON

Médecin traitant :

NOM : Téléphone:.....

Adresse :

- En cas d'urgence, si on ne peut pas me contacter par téléphone, ou si le temps presse, j'autorise l'établissement à prendre à ma place les décisions nécessaires (Exemple : transport à l'Hôpital).

- En cas d'indisponibilité pour obtenir un transport par ambulance ou véhicule de secours, je dégage la responsabilité du personnel d'établissement qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

A moins de demande expresse de modifications de ma part, ces déclarations sont et restent valables pour tout le temps où mon enfant est inscrit dans cet établissement.

A _____ Le _____

Signature :