

# RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :







Médecin traitant :

Adresse et téléphone du médecin :

Allergies :

Traitement :

## PARENTS OU TUTEUR LEGAL

| PERE   |  | MERE  |  |
|--|--|---|--|
| Nom Prénom   |  | Nom Prénom  |  |
| Adresse  |  | Adresse   |  |
|  domicile      |  |  domicile      |  |
|  professionnel |  |  professionnel |  |
|  portable      |  |  portable      |  |
| @ mail   |  | @ mail  |  |

## PERSONNES A Contacter EN CAS D'URGENCE

| Nom | Prénom | Adresse | Téléphone |
|-----|--------|---------|-----------|
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT : ECOLE, BUS, CANTINE, GARDERIE.

| Nom | Prénom | Adresse | Téléphone |
|-----|--------|---------|-----------|
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |

Assurance scolaire : Organisme :

N° adhérent :

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services dont un exemplaire m'a été remis et en accepte de manière pleine et entière les articles.

Je demande qu'en cas d'urgence tous les soins nécessaires à son état soient donnés à mon enfant (intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autre). En cas d'accident, si je ne peux être joint, et selon avis du SAMU, ou d'un médecin, autorise le personnel du SIVOS à prendre toutes les décisions nécessaires.

Autorisation de photographier l'enfant (entourer le choix): oui non

Date

Signature