

# FICHE RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

NOM :  PRENOM :

Né(e) le :  Classe :  **2020 - 2021**

Adresse :

POLIO :  Date du dernier rappel DT - COQ -

	Nom	Prénom	Profession
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse des parents ou du représentant légal :

Adresse Père ou Mère si différente :

	Téléphone Domicile	Téléphone Travail	Téléphone Portable
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom :

N° Téléphone :

- Personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer **OBLIGATOIRE**

Nom :

N° Téléphone :

**Sécurité Sociale** (Nom, adresse et Numéro de Sécurité Sociale auquel est rattaché votre enfant (CPAM, MGEN, ...) :

Nom :  N° Sécu :

Adresse :

**Assurance  
Scolaire**

Nom :

Adresse :

**Médecin  
traitant**

Nom :  N° Téléphone :

Adresse :

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU.

Je serai très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Signature des parents