

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Classe :
 N° et adresse du centre de sécurité sociale :
 N° et adresse de l'assurance scolaire :

Votre enfant rentre-t-il dans un des dispositifs suivants :

PAI : OUI NON **PAP :** OUI NON **PPS :** OUI NON

Merci de joindre les justificatifs au professeur principal et au CPE dès la rentrée

Observations particulières (allergies, traitements en cours, asthme...), précautions particulières à prendre :

Nom adresse et n° de téléphone du médecin traitant

Téléphones en cas d'urgence

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche et nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Domicile mère																					Domicile père																				
Portable mère																					Portable père																				
Travail mère																					Travail père																				

Si nous ne parvenons pas à vous contacter, veuillez nous donner le nom et le téléphone d'une personne « relais » susceptible de vous joindre rapidement ou de prendre en charge votre enfant :

Nom : N° de téléphone :
 Lien avec l'enfant :

Autorisation de transport/hospitalisation/intervention médicale ou chirurgicale

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame parents de.....
 autorise le chef d'établissement, ou en son absence, l'enseignante ayant délégation, à prendre, en cas d'urgence, toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant. Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité de me joindre ou de joindre mon conjoint, soit d'obtenir, l'avis du médecin de famille.

Vaccinations (Joindre la copie des pages vaccins du carnet de santé)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP ou Tetracoq): (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

A, le

Signature obligatoire des parents