



Fiche d'urgence «restaurant scolaire» Année scolaire 2018-2019

NOM de l'enfant :

Prénom:

Date de naissance : Classe :

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : Classe :

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : Classe :

Personne à contacter en priorité en cas d'urgence : (indiquez le numéro d'ordre)

Père : _____ Mère : _____ Autre (précisez les coordonnées) (1) : _____

Personnes responsables légaux de l'enfant :

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone : domicile et/ou travail :

mobile :

mail :

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone : domicile et/ou travail :

mobile :

mail :

(1) Autre personne à contacter (en cas d'indisponibilité des responsables)

NOM Prénom :

Qualité (grands-parents, nourrice, autre à préciser) :

Téléphone :

NOM et adresse du médecin traitant :

Téléphone:

J'autorise, en cas d'urgence, que mon (mes) enfant(s) soit transporté(s) à la clinique ou à l'hôpital le plus proche (les responsables légaux seront immédiatement prévenus par téléphone selon les numéros de téléphone mentionnés sur ce document) : (Cocher la case correspondante)

☐ OUI ☐ NON

La commune décline toute responsabilité en cas d'accident durant le transport aller et retour de l'enfant. Aucun membre du personnel n'est autorisé à accompagner ou récupérer l'élève à la clinique ou à l'hôpital.

Aucun traitement médical ne peut être administré par le personnel de la commune scolaire et aucun régime alimentaire particulier ne peut être suivi, sans PAI.

Le _____, Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »,

Il est important de signaler à la Mairie de tous changements de numéros de téléphones ou d'adresses



Renseignements médicaux concernant l'enfant
Année scolaire 2018-2019
(1 feuille à remplir par enfant)

NOM de l'enfant : **Prénom :**

➤ **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISMES		SCARLATINE			
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui		non	
COQUELUCHE		OREILLONS		ASTHMES		ROUGEOLLES					
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non				

INDIQUEZ ICI **LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... _ / _ / _
..... _ / _ / _
..... _ / _ / _

➤ **VACCINATIONS**

(à remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	_ / _ / _
Du DT coq	_ / _ / _
Du Tétracoq	_ / _ / _
D'une prise polio	_ / _ / _
RAPPELS	_ / _ / _

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	DATES
1er VACCIN	1er VACCIN
REVACCINATION	1er RAPPEL

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?

Merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

☐ Oui ☐ Non Si oui lequel ?

➤ L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

☐ Oui ☐ Non Si oui lesquelles ?

Conduite à tenir en cas d'allergies

Signature des Parents, le