



POLYGLOTTES

EN HERBE

Fiche urgence médicale

NOM et PRÉNOM de l'enfant :		
Adresse :	Code postal + ville :	
NOM des parents :	Père :	Mère :
PRÉNOMS des parents :	Père :	Mère :
Adresse du père ou de la mère si différente de celle d'enfant :		
Tel. domicile :	Père :	Mère :
Tel. portable :	Père :	Mère :
Tel lieu de travail :	Père :	Mère :
Nom et tel. d'une autre personne à contacter en cas d'urgence :		

Je/nous soussigné/s, Monsieur et/ou Madame autoris/e/ons le responsable de l'association ou toute personne mandatée par elle à faire donner à mon/notre enfant tous les soins que nécessiterait son état, y compris une anesthésie et une éventuelle intervention chirurgicale.

En cas de besoin, je/nous prends/prenons note qu'il sera transporté par les services de secours vers l'hôpital choisi par ces derniers.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____ **Groupe sanguin :** _____

Traitement médical particulier (allergies, traitement en cours) :

Plan d'accueil individualisé : **Oui** **Non**

Attestation d'assurance responsabilité civile : merci de joindre une attestation en cours de validité.

Nom et adresse de la compagnie : _____

Dates de validité de l'assurance : _____

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'association (timidité, manque de confiance en soi ...) :

A le.....

Signature du représentant légal