ÉCOLE NOUVELLE
EMILIE BRANDT

SOINS MEDICAUX D'URGENCE

Au cours de sa vie scolaire, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport dans un hôpital. Afin d'agir au mieux des intérêts de l'enfant, nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous.

Elève : Nom, Prénoms ……
Date de naissance : ……

Parents : ⌗ **père** ⌗ **mère** ⌗ **père** ⌗ **mère**
Nom…… ……
Adresse…… ……
……
N° de téléphone……
N° de portables……
adresses mails : ……
En cas de changement d'adresse en cours d'année scolaire, faire connaître la nouvelle adresse le plus tôt possible.
N° de sécurité Sociale sous lequel est inscrit l'enfant :
……

Votre lieu de travail : ⌗ **père** ⌗ **mère** ⌗ **père** ⌗ **mère**
Nom de l'entreprise…… ……
ou de l'employeur
secteur d'activité …… ……
Adresse.. …… ……
…… ……
N° de tél et n° de poste. …… ……
En cas de changement d'employeur en cours d'année scolaire, en informer l'école le plus rapidement possible.
Assurance : Nom de la compagnie : …… Contrat n° ……

S'il est impossible de vous joindre en cas d'accident ou de présomption de maladie grave,
Désirez-vous que votre enfant :
- soit transporté à l'hôpital : OUI ou NON
- soit examiné par le médecin de famille OUI ou NON

Son nom : Docteur ……
son adresse ……
son numéro de téléphone. ……

POUVOIR

Je soussigné(e) …… Autorise (1), N'autorise pas (1) Mr ou Mme
le chef d'établissement ou son remplaçant, ou l'infirmière de l'établissement à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.
signature ⌗ père ⌗ mère ⌗ père ⌗ mère ou tuteurs légaux
précédée de : Bon pour pouvoir