

\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

**Responsables légaux de l'enfant :** .....

Dans le cas où l'un des parents exerce seul l'autorité parentale, la copie de la décision judiciaire (partie portant sur l'autorité parentale) sera transmise pour information au directeur de l'école.

**REPRESENTANTS LEGAUX**

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.** En cas d'accident, l'école prévient la famille par les moyens les plus rapides.

	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur
NOM						
Prénom						
Adresse						
Profession						
Employeur						
N° téléphone domicile						
N° téléphone portable						
N° téléphone travail						

**Je soussigné(e)**....., **autorise la directrice et les enseignants à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident grave survenu à mon enfant** (nom de l'enfant)..... **pendant les heures de classe.**

**ASSURANCE**

L'assurance individuelle de tous les élèves est fortement conseillée. Elle sera exigée pour toutes sorties scolaires. Elle doit couvrir :  
 - les conséquences des accidents causés par l'enfant (Responsabilité civile),  
 - les dommages subis par lui (Assurance individuelle).

Nom de la compagnie : .....

N° de téléphone : ..... N° de contrat : .....

**Merci de faire parvenir une attestation à la rentrée (ou le plus rapidement possible).**

Adresse du centre de sécurité sociale : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (D.T.P.) :** .....

Observations particulières à porter à la connaissance de l'établissement : **allergies, port de lunettes,** traitements en cours, précautions particulières... : port de lunettes : OUI - NON.....

Allergies alimentaires : OUI – NON si oui quel aliment ? : .....

Allergie aux animaux : OUI – NON si oui quel animal ?.....Allergie au lapin : OUI – NON

Autre.....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....

Date : ..... / ..... / 2020

**Signature des responsables légaux :**

