
FICHE SANITAIRE ANNEE SCOLAIRE 2015-2016

Concernant L'Enfant

NOM :

Prénom :

Classe :

JE SOUSSIGNE :

NOM – Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

En cas de problème ou maladie survenant à mon enfant, je vous informe que vous pouvez me joindre au numéro indiqué ci-dessus, ou prévenir les personnes suivantes :

NOM	Prénom	Numéro de téléphone
.....
.....
.....

Si vous ne pouvez me joindre ou joindre une des personnes mentionnées ci-dessus, j'autorise le personnel communal à appeler, soit le médecin traitant :

NOM	ADRESSE	Numéro de téléphone
.....		

Ou tout médecin ou personnel médical disponible pour donner les premiers soins à mon enfant.

IMPORTANT :
POUR LE BIEN ETRE DE VOTRE ENFANT, TOUTE MODIFICATION DES NUMEROS DE TELEPHONE DEVRA ETRE SIGNALEE AU PERSONNEL COMMUNAL

Date et signature précédées de la mention : "lu et approuvé" des deux parents.

Au cas où l'un des parents ne pourrait signer, le parent signataire déclare agir avec l'accord de l'autre parent.