

## FICHE D'INFORMATION SANITAIRE

**ECOLE:**..... **Classe :** .....

**ENFANT:** ..... **DATE NAISSANCE:** ...../...../.....

Date du dernier rappel DT polio : ..... *A compléter obligatoirement*

Allergies : Alimentaires non  oui  précisez.....

Régime alimentaire : non  oui  précisez.....

Autre non  oui  précisez.....

Renseignements médicaux : Observations que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :

.....

Coordonnées du médecin de famille: .....

N° police assurance: .....Compagnie:.....

### **Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom et Prénom des parents ou du responsable légal :.....

du domicile : .....

de la mère : .....

du père : .....

Coordonnées d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom : .....  .....

Lien avec l'enfant : .....

En cas d'accident, la Ville s'efforce de prévenir rapidement la famille par les moyens les plus rapides. En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté ; la famille est avertie par nos soins.

**Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....autorisons les agents en charge de la surveillance à faire hospitaliser notre enfant.....en cas d'urgence.**

**Signature obligatoire du père:**

**Signature obligatoire de la mère:**

**Autre responsable :**

*Ce dossier est également téléchargeable sur le site internet de la Ville de Louvroil : [www.ville-louvroil.fr](http://www.ville-louvroil.fr)*