

Fiche médicale d'urgence

Grenade 15-22 mai 2011

Coordonnées

Nom et prénom de l'élève: né(e) le

Adresse: Tel. Fixe
..... Tel. Portable Mère* :
..... Père* :
..... Élève :

E-mail : Mère* : Tel. Bureau Mère* :
Père* : Père* :

* ou du responsable légal.

Existe-t-il d'autres moyens de joindre rapidement les parents (grands-parents, voisins, famille, etc.)
.....
.....

Assurance - Sécurité Sociale

Je déclare avoir souscrit au nom de mon enfant une assurance scolaire et extrascolaire individuelle accident 24h/24 ainsi qu'une assurance en responsabilité civile auprès de
sous le n° ; assurance qui le couvre complètement pendant ce type
d'activité. (*fournir l'attestation*)

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _ auprès de la caisse d'assurance maladie de :
..... (*fournir la carte européenne d'assurance maladie*)

Renseignements médicaux

En cas de renseignements erronés ou incomplets, nous déclinons toute responsabilité:

Vaccinations	Rayer la mention inutile	Précisions
Vaccination anti-tétanique	oui / non	date :
Vaccination Grippe A	oui / non	date :
Vaccination DT Polio	oui / non	date :
Allergies	oui / non
Asthme	oui / non

Maladies Infantiles

Diphtérie	oui / non
Varicelle	oui / non
Coqueluche	oui / non
Polio	oui / non
Rougeole	oui / non

