

ECOLE PRIVEE SAINT-COEUR

Classes Maternelles et Primaires
3, rue du Fg Saint-Nicolas
21 200 BEAUNE

L'enfant

NOM
PRENOM
INSCRIT EN CLASSE DE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence

Tel Domicile: _____ ou _____
Tel Travail Père _____ Tel travail Mère _____

- * **parents séparés** : Quel est le lieu de résidence habituel de l'enfant?
 chez son père
 chez sa mère
 résidence alternée

Enfants inscrits à l'école maternelle

nom des personnes majeures, autres que les parents, autorisées à venir chercher l'enfant
.....
.....
.....
.....

L'enfant a-t-il des allergies (allergies alimentaires, athsme ou autre)?
.....
.....

Nom du médecin traitant:

PHOTOCOPIES DES VACCINS FOURNIE

* Problèmes particuliers

.....
.....
.....
.....



Je soussigné(e).....
autorise les membres de l'équipe éducative de l'ensemble scolaire Saint-Cœur
à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin et à prendre,
le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence
y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation sur la personne de mon enfant.

Fait à, Le
Signature suivie de la mention **lu et approuvé"**