

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"**

