

(A renseigner avec soin)

Nom de l'élève : ..... Prénom : ..... Classe : .....  
 Garçon  Fille   
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... à : .....  
 Nom et adresse des parents : .....

*En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant tous les numéros de téléphone utiles.*

### 1. Vous contacter

Père Portable ..... Domicile: ..... Email: .....  
 Mère Portable ..... Domicile : ..... Email:.....  
 Tuteur Portable ..... Domicile : ..... Email: .....  
 Personne susceptible de vous prévenir rapidement : Nom : ..... N° Tél. : .....

### 2. Contacter le médecin de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
 Téléphone : Portable ..... Cabinet : .....

### 3. Autorisation

En cas de prise en charge dans l'établissement (blessure légère) des soins peuvent être prodigués par le service de santé, en accord avec le Protocole français des Soins dans un établissement scolaire.

Je soussigné (e), (nom, prénom) : .....

 Autorise

 N'autorise pas

l'infirmière(e) scolaire à faire des soins ou à administrer des médicaments à mon enfant.

En cas de refus d'intervention, vous serez informés par téléphone du problème de santé ou de l'incident et vous viendrez récupérer votre enfant à l'infirmierie de l'établissement.

### 4. Urgence

En cas d'urgence et s'il nous est impossible de joindre la famille, il sera fait appel au SAMU qui évacuera votre enfant vers la clinique PRIMA ; sauf mention contraire de votre part.

**Date et signature** des parents ou du tuteur :