



MAIRIE de  
**TOURVILLE-SUR-ODON**  
 14210  
 Tél. 02 31 80 99 80  
 Fax 02 31 08 46 38

**FICHE D'URGENCE**  
**ACCUEILS PERISCOLAIRES**  
*Garderie – Restauration*

**Année 2020 / 2021**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Classe 2020 / 2021 : .....

Commune de résidence : .....

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Assurance Scolaire : ..... N° de police : .....

En cas de maladie ou d'accident de mon enfant, j'autorise les agents et les intervenants des accueils périscolaires à prendre des dispositions d'urgence nécessitées par son état (appel du médecin, SAMU, pompiers, hospitalisation, ...)

Contacts en cas d'urgence :

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>	<u>Autre</u>
NOM/Prénom	.....	.....	.....
Tél. Domicile	.....	.....	.....
Tél. Mobile	.....	.....	.....
Tél. Travail	.....	.....	.....
		Lien avec l'enfant	.....
			.....

Nom et N° de tél. du médecin traitant : .....

L'enfant a-t-il des problèmes de santé, si oui lesquels : .....

Vaccination, date dernier rappel DT polio : .....

Date ..... Nom/Prénom du signataire .....

**Signature**

***L'inscription ne sera effective qu'à réception de cette fiche d'urgence.***  
*NB : Une fiche d'urgence par enfant.*

## FICHE D'URGENCE

Nom de l'enfant : .....	Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....	Classe 2020 / 2021 : .....
Commune de résidence : .....	
N° de sécurité sociale de l'enfant : .....	
Responsable légal de l'enfant : .....	
Assurance Scolaire : .....	N° de police : .....

En cas de maladie ou d'accident de mon enfant, j'autorise les agents et les intervenants des accueils périscolaires à prendre des dispositions d'urgence nécessitées par son état (appel du médecin, SAMU, pompiers, hospitalisation, ...)

Contacts en cas d'urgence :

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>	<u>Autre</u>
NOM/Prénom	.....	.....	.....
Tél. Domicile	.....	.....	.....
Tél. Mobile	.....	.....	.....
Tél. Travail	.....	.....	.....
		Lien avec l'enfant	.....
			.....

Nom et N° de tél. du médecin traitant : .....

L'enfant a-t-il des problèmes de santé, si oui lesquels : .....

Vaccination, date dernier rappel DT polio : .....

Date ..... Nom/Prénom du signataire .....

Signature

***L'inscription ne sera effective qu'à réception de cette fiche d'urgence.***

*NB : Une fiche d'urgence par enfant.*