

GARDERIE MUNICIPALE

FICHE DE LIAISON DESTINEE AUX SERVICES DE SECOURS D'URGENCE

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Adresse :

Responsable légal :

☎ domicile : ☎ portable : ☎ travail :

Médecin traitant :

Nom : ☎

Maladies à signaler :

| | OUI (*) | NON(*) | TRAITEMENT |
|---------------------|---------|--------|------------|
| Diabète | | | |
| Asthme | | | |
| Hémophilie | | | |
| Epilepsie | | | |
| Allergie – à quoi ? | | | |
| Autres | | | |

(*) cocher la colonne correspondante

J'autorise les personnes responsables de la garderie municipale

- à faire pratiquer tous soins médicaux
- à faire hospitaliser mon enfant si nécessaire
- à faire pratiquer une intervention chirurgicale en cas d'urgence et d'absence des parents

Châteaurenard, le

SIGNATURE DES PARENTS