



FICHE MÉDICALE

Je soussigné, Madame - Monsieur _____
donne mon accord pour toute intervention médicale ou chirurgicale que
l'état de mon enfant _____
pourrait exiger en cas d'extrême urgence.

Fait à _____

Le _____

Signature des PARENTS :

N° Matricule Sécurité sociale de la personne responsable :-----

Profession :-----

Nom et adresse de la Mutuelle complémentaire :-----

et numéro d'affiliation :-----

Date du dernier vaccin antitétanique :-----

Allergies possible :-----

Informations personnelles concernant l'enfant :-----

Personne à prévenir en cas d'urgence :-----

Adresse :-----

Téléphone :