

## Accueil durant les vacances scolaires

### Fiche d'information

**Enfant :**

Nom :	Prénom :
Nom et n° de l'assurance :	
N° de téléphone des parents :	

**Médecin traitant :**

Nom :	Prénom :
Adresse :	Téléphone :

**En cas de maladie ou d'accident de l'enfant, l'équipe éducative avertit les parents au plus vite.**

*Les parents s'engagent à être en tout temps atteignables par téléphone. S'il s'avérait qu'ils ne puissent être atteints dans un délai raisonnable, l'équipe éducative est autorisée à prendre les dispositions adéquates.*

**Urgence :** En cas d'urgence, l'équipe éducative est autorisée à conduire l'enfant chez son pédiatre, chez un médecin ou à l'hôpital le plus proche :  oui  non

**Médicaments :** En cas de fièvre, les parents autorisent l'équipe éducative à administrer à leur enfant un comprimé de Dafalgan :  oui  non

En cas de blessure, les parents autorisent l'usage des désinfectants usuels :  oui  non

Votre enfant souffre-t-il d'**allergies** ? Si oui :

Lactose   
  Gluten   
  Poils de chats   
  Piqûres d'insectes   
  Rhume des foins

Autre(s) :

**Les personnes suivantes sont habilitées à venir chercher votre enfant :**

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél :

**Les personnes suivantes ne sont pas habilitées à venir chercher votre enfant :**

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél :

Lieu : Date :

Signature(s) des parents :