

URGENCE MÉDICALE

Nom de l'enfant :

Prénom :

M

F

Nom des parents/du tuteur

Nom des parents/du tuteur

Tel personnel
professionnel

/
Tel professionnel

Tel personnel

/
Tel

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT

Première personne à contacter

Deuxième personne à contacter

Tel personnel

/
tel professionnel

Tel personnel

/
Tel professionnel

Adresse

Adresse

Code postal Ville

Code postal Ville

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Hôpital de votre choix

Nom du médecin traitant

Téléphone

Compagnie d'assurance

N° de police

Allergie/ antécédents médicaux

Signature

Date