

FICHE SANITAIRE D'URGENCE

(Document remis au service d'urgence en cas d'accident, merci de la compléter le plus précisément possible)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse du (des) représentant(s) légal(aux) :

.....

.....

Mail :

N° de téléphone domicile :

N° de portable mère :

N° de portable père :

N° de téléphone travail mère :

N° de téléphone travail père :

Autre :

SAPEURS POMPIERS : Père : OUI NON

Mère : OUI NON

Allergies connues :

.....

Renseignements particuliers :

.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Téléphone :

En cas d'urgence, l'enfant sera transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera avertie dans les plus brefs délais.

Date :

Signature :