

ASSURANCE (responsabilité civile et individuelle accident) :

Compagnie (nom et adresse) :

..... N° du contrat :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

• **Médecin traitant :**

Nom : N° tel :

Lieu d'exercice :

• **N° de sécurité sociale** du parent dont l'enfant est ayant-droit :

.....

Ou

• **Assurance maladie privée** (nom et adresse) :

.....

N° de contrat :

• **Contre-indications éventuelles/allergies/problèmes à signaler :**

Prénom de l'enfant	Description du problème
.....
.....
.....
.....

• Si, **en cas d'urgence**, nous ne parvenons pas à vous contacter, une autre personne peut-elle agir en votre nom ? oui non

Nom :

N° tel :

AUTORISATION

S'il se trouvait que, pendant son séjour à la garderie, notre enfant soit victime d'un accident ou atteint d'un symptôme grave d'indisposition, nous autorisons le personnel de la garderie à prendre les mesures jugées nécessaires, selon les prescriptions du médecin traitant ou du médecin de garde (15), pour mon/mes enfant(s). En cas d'évacuation vers un centre hospitalier, nous demandons que notre enfant soit transporté à :

Nom de l'hôpital ou de la clinique :

Fait à Farges, le :

La mère :

Le père :