Mairie de Varacieux
Tél. : 04.76.64.22.29

NOM DE L'ENFANT :
CLASSE :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS destinée aux TAP pour l'année scolaire 2016/2017

• Responsables de l'enfant :

Père / Tuteur

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse : ……

……

Tél. Domicile : ……

Tél. Portable : ……

Tél. Travail : ……

E-mail : ……

Mère / Tutrice

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse : ……

……

Tél. Domicile : ……

Tél. Portable : ……

Tél. Travail : ……

E-mail : ……

Nom et N° de téléphone de la personne à prévenir EN CAS D'URGENCE :

……

Nom et N° de téléphone des personnes autorisés A PRENDRE L'ENFANT (autres que les parents) :

……

……

• Autorisation d'intervention Chirurgicale :

Nous soussignés, ……, autorisons pour notre enfant ……

❑ L'utilisation des produits suivant : désinfectant Dermaspray ; de la crème Hemoclar ou Apaisyl ; des granules d'Arnica en cas de plaie superficielle, de coup ou de piqûre d'insecte.

❑ L'anesthésie au cas où, victime d'un grave accident, il aurait à subir une intervention chirurgicale.
En cas d'urgence, un enfant accidenté sera transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté.

Observations particulières à porter à la connaissance de la Mairie :

_____

_____

Nom et n° téléphone du médecin traitant : _____

• Droit à l'image :

Nous autorisons / Nous n'autorisons pas les prises de photos, vidéos et leur diffusion sous toutes ses formes à des fins représentatives des TAP pour la commune.

Veuillez joindre à cette fiche, une attestation d'assurance de Responsabilité Civile. Merci.

A ……., le ……

Signature des parents :