

NOM, PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

NUMÉROS DE
TELEPHONE
PERMETTANT
DE PRÉVENIR

DOMICILE :

PORTABLE DU PARENT 1 :

TRAVAIL DU PARENT 1 :

PORTABLE DU PARENT 2 :

TRAVAIL DU PARENT 2 :

NOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE DU MÉDECIN RÉFÉRENT :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

CAISSE ASSURANCE MALADIE ET ADRESSE :

DÉCLARATION DES PARENTS

NOUS SOUSSIGNONS, MONSIEUR ET MADAME,

En cas d'accident ou de malaise grave survenant à mon enfant, nous autorisons la direction de l'école Saint Jacques à faire appel à un médecin ou à un service médical.

En cas d'urgence, si on ne peut nous joindre par téléphone ou si le temps presse, nous autorisons la direction de l'école Saint Jacques à prendre à notre place les décisions nécessaires (exemple ; appel au SAMU ou hospitalisation à Amiens) et nous dégageons entièrement la responsabilité des personnes qui pourraient être amenées à effectuer le transport de notre enfant.

Ces déclarations sont valables pour toute l'année scolaire 2025-2026.

SIGNATURE DES DEUX PARENTS (OU RESPONSABLE LÉGAL):

PARENT 1:

PARENT 2:

PARTICULARITÉ MÉDICALES À SIGNALER

Allergies, médicaments réguliers...

À REMPLIR RECTO ET VERSO

COORDONNÉES DES PARENTS

NOM, PRÉNOM PARENT 1:

ADRESSE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

NOM, PRÉNOM PARENT 2:

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE LA MÈRE) :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE DES PARENTS

NOM, PRÉNOM: TEL :

ADRESSE :

NOM, PRÉNOM: TEL :

ADRESSE :

AUTORISATION POUR SORTIR SEUL (À PARTIR DU CM1)

NOUS SOUSSIGNONS, MONSIEUR ET MADAME,

PARENTS DE L'ENFANT : EN CLASSE DE :

Autorisons notre enfant à quitter seul l'école.

SIGNATURE DES DEUX PARENTS (OU RESPONSABLE LÉGAL):

PARENT 1:

PARENT 2 :

PERSONNES HABILITEES A VENIR RECHERCHER L'ENFANT

NOM, PRÉNOM:

NOM, PRÉNOM:

NOM, PRÉNOM:

NOM, PRÉNOM:

SIGNATURE DES DEUX PARENTS (OU RESPONSABLE LÉGAL):

PARENT 1:

PARENT 2 :