



CLASSE :

ECOLE SAINTE JEANNE D'ARC

## FEUILLE D'HOSPITALISATION

⇒ A renvoyer à l'école avant le **10 août 2018**

### L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date et Lieu de naissance : .....

.....

### LES PARENTS

NOM du ou des responsable(s) légal(aux) : .....

.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone \* : .....

Portable père \* : .....

.....

Portable mère \* : .....

.....

Téléphone professionnel père \* : .....

.....

Téléphone professionnel mère \* : .....

.....

*\* obligatoire*

⇒ **En cas d'absence parentale, identité et numéro de téléphone d'une personne susceptible d'être contactée :**

Nom de la personne (+ lien avec l'enfant) : .....

Téléphone : .....

⇒ **Liste des personnes autorisées à prendre votre enfant aux heures de sorties des classes ou à la garderie ou à l'étude (même très occasionnellement) :**

	Nom de la personne	Lien avec l'enfant:	Téléphone	Portable :
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

### DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e)..... demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, autorise Madame la Directrice de l'école Sainte Jeanne d'Arc à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessités par l'état de santé de mon enfant. Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité soit de me joindre, soit de joindre mon conjoint.

⇒ Renseignements médicaux exigeant une attention particulière (allergies, traitements, maladies...) :

.....  
.....

Fait à :                      Le :

Signature des parents :