

**ECOLE PRIVEE ST JOSEPH**  
**GARDERIE DU MERCREDI MATIN**

 **DÉLÉGATION DE POUVOIR/ FICHE SANITAIRE**

*(remplir une fiche par enfant)*

NOM et Prénom du Père \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de la Mère \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° Portable : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

La présente autorisation vaut pour mon enfant :

NOM et Prénom \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

NOM du médecin traitant \_\_\_\_\_ 

*(En son absence, les responsables feront appel à un autre médecin)*

**Renseignements divers :**

Médicaments ou soins journaliers à donner à l'enfant : \_\_\_\_\_

Régimes éventuels : \_\_\_\_\_

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités ? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Est-il allergique à certains médicaments, certains aliments ? Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

L'enfant doit-il porter des lunettes ? OUI NON

Ses vaccinations sont-elles à jour ? OUI NON

*(joindre une copie de la page du carnet de santé liée aux vaccinations)*

**Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant :**

Numéro de téléphone du travail du Père \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du travail de la Mère \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Mon enfant ne sera remis qu'aux personnes figurant sur la liste ci-après désignées :

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ 

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ 

**Je soussigné (NOM-Prénom) \_\_\_\_\_**

**autorise pour l'année scolaire 2014/2015, les responsables de la garderie organisée par l'OGEC – Ecole St Joseph de Montbert à prendre en cas d'urgence, toutes les décisions de soins d'urgence, de transport, d'hospitalisation, ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé, en cas d'impossibilité de joindre mon conjoint, moi-même ou notre médecin de famille, dans les meilleurs délais.**

Fait à MONTBERT, le \_\_\_\_\_

Signature :