

Traitements réguliers :	
Directives médicales en cas d'urgence:	

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

N° de téléphone de la mère ou du 1^{er} représentant légal de l'enfant mineur

Portable : [][][][][]

Professionnel : [][][][][]

N° de téléphone du père ou du 2^{ème} représentant légal de l'enfant mineur

Portable : [][][][][]

Professionnel : [][][][][]

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de prévenir le / les parent(s) / le représentant légal de l'enfant mineur rapidement

Nom, prénom, lien avec l'enfant mineur :

Portable : [][][][][]

Professionnel : [][][][][]

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant de l'enfant mineur

Nom, prénom, adresse complète :

Portable : [][][][][]

Professionnel : [][][][][]

Date et Signature

Fait à :

Le :

Mention manuscrite LU ET APPROUVÉ précédant chaque signature

Signature du Représentant légal :

Signature des Représentants légaux :