

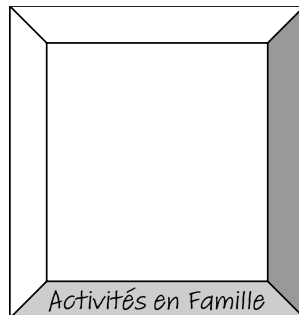
Ma Fiche Secours

Nom :

Prénom :

Date naissance :

N° Sécurité Sociale :



Problèmes de santé/ Antécédants

.....
.....
.....

Allergies

.....
.....
.....

Maman 📞 :

Papa 📞 :

Autre personne 📞 :

Groupe Sanguin

Médecin traitant

.....
.....
.....
.....

PMI

.....
.....

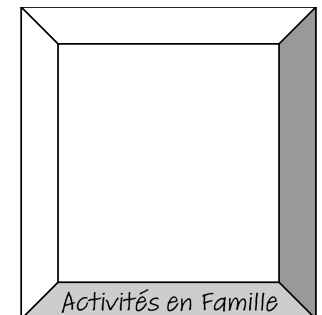
Ma Fiche Secours

Nom :

Prénom :

Date naissance :

N° Sécurité Sociale :



Problèmes de santé/ Antécédants

.....
.....
.....

Allergies

.....
.....
.....

Maman 📞 :

Papa 📞 :

Autre personne 📞 :

Groupe Sanguin

Médecin traitant

.....
.....
.....
.....

PMI

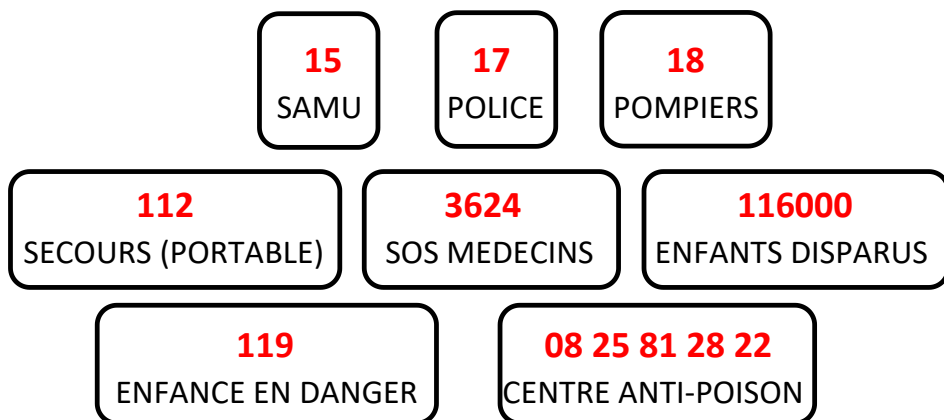
.....
.....

Nous, soussignés père Mr et mère
Mme autorisons toute intervention
par un service d'urgence afin de prendre les mesures
nécessaires, y compris toute hospitalisation, intervention
chirurgicale ou anesthésie, pour l'état de santé de notre
enfant

Fait à, le

Signatures :

Numéros d'urgence

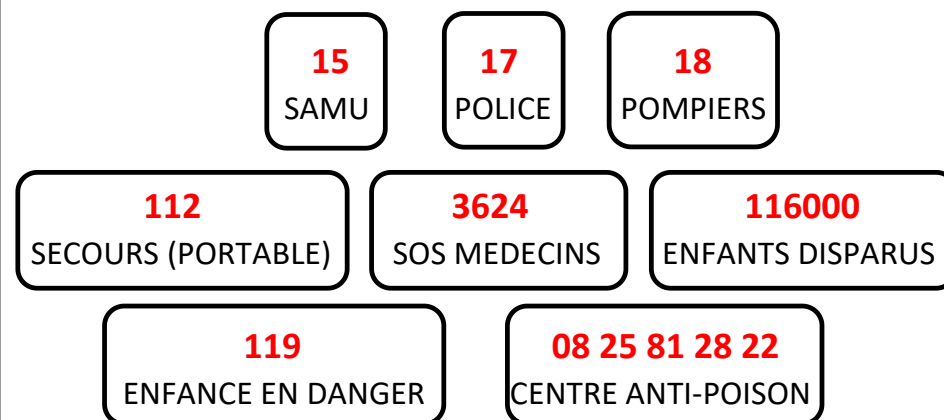


Nous, soussignés père Mr et mère
Mme autorisons toute intervention
par un service d'urgence afin de prendre les mesures
nécessaires, y compris toute hospitalisation, intervention
chirurgicale ou anesthésie, pour l'état de santé de notre
enfant

Fait à, le

Signatures :

Numéros d'urgence



Fiche Secours de notre Assistante Maternelle

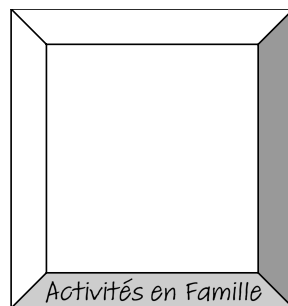
Nom :

Prénom :

Téléphone ☎ :

Date naissance :

N° Sécurité Sociale :



Problèmes de santé/ Antécédants

.....
.....
.....

Allergies

.....
.....
.....

Conjoint ☎ :

Maman ☎ :

Autre personne ☎ :

Groupe Sanguin

Médecin traitant

.....
.....
.....
.....

PMI

.....
.....

Je, soussignée Mme
assistante maternelle née le
à ,
autorise toute intervention par un service d'urgence afin de
prendre les mesures nécessaires, y compris toute
hospitalisation, intervention chirurgicale ou anesthésie, pour
mon état de santé.

Fait à , le

Signature:

Numéros d'urgence

15

SAMU

17

POLICE

18

POMPIERS

112

SECOURS (PORTABLE)

3624

SOS MEDECINS

116000

ENFANTS DISPARUS

119

ENFANCE EN DANGER

08 25 81 28 22

CENTRE ANTI-POISON

