

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES – FEUILLE D'URGENCE - UAPE LE BAOBAB

### Enfant

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>		Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>

### Parents

	Parent 1		Parent 2
Nom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Tél. privé	<input type="text"/>	Tél. privé	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	Tél. professionnel	<input type="text"/>

Les deux parents peuvent-ils être appelés en cas d'urgence :  oui  non

Si non, quelle est la personne à appeler :  Parent 1  Parent 2

### Autres personnes autorisées à reprendre l'enfant (sous présentation d'une carte d'identité)

Nom, Prénom : ..... Tél. : ..... Lien : .....

Peut être contacté en cas d'urgence

Nom, Prénom : ..... Tél. : ..... Lien : .....

Peut être contacté en cas d'urgence

**Si votre enfant vient seul à l'UAPE, ou est autorisé à se rendre seul à son domicile ou tout autre lieu, un document annexe est à signer et disponible à l'UAPE.**

### Assurances et santé

Médecin de l'enfant : ..... Lieu et tél. : .....

**Nous attestons que notre enfant est assuré auprès des assurances suivantes :**

Assurance maladie et accident : ..... Assurance responsabilité civile : .....

Votre enfant souffre d'un handicap :  oui  non Si oui, lequel ? .....

Votre enfant prend des médicaments :  oui  non Si oui, lesquels ? .....

Pouvons-nous lui donner : En cas de fièvre dès.....°C  Dafalgan ou générique

En cas de chute  Arnica

Votre enfant a des problèmes alimentaires/intolérances/allergies :  oui (présenter un certificat médical)  non

Si oui, lequel(le)s ? .....

### Remarques/ Particularités

.....

Signature du (des) représentant(s) légal (-aux) de l'enfant : .....

Version : Février 2024