INSTITUTION BAYARD ECOLE & COLLEGE

Année scolaire 2026/2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....
Né(e) le : ..... à ..... Classe .....
Adresse des parents : .....
Téléphone fixe : .....
portable père : ..... portable mère : .....

Profession de père : .....Profession de la mère : .....

Nombre de frères : ..... de sœurs : ..... En

cas d'accident, prévenir :
Monsieur ..... Téléphone .....
ou .....
Madame ..... Téléphone .....
.....

Contre-indications médicales : .....
Allergies éventuelles : .....
PAI : OUI NON

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) .....
demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, autorise le chef d'établissement de l'école Bayard à prendre en cas d'urgence toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille :
Docteur .....
Adresse : .....
Téléphone : .....

Fait à ....., le .....

Signature du père et/ou de la mère
ou de la personne responsable légal de l'enfant