

MAIRIE DE NIEUL LE DOLENT

13 place du marché
85430 NIEUL LE DOLENT

Tél. : 02.51.07.90.92

Mail : mairie@nieul-le-dolent.fr



FICHE URGENCE

Nom de l'enfant :

Prénom : Date de naissance :

L'enfant a-t-il des allergies : oui non si oui lesquelles :

A-t-il des traitements particuliers : oui non si oui lesquels :

Dispose t il d'un PAI : oui non

NOM DES RESPONSABLES LEGAUX

Père : Mère :

Profession : Profession :

Tél. Domicile : Tél. Domicile :

Tél. Travail : Tél. Travail :

Personnes désignées

et habilitées à venir chercher l'enfant à la mairie en cas d'impossibilité de joindre le représentant légal.

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Médecin de votre choix

pouvant venir à la mairie pour examiner l'enfant

Docteur : Tél. :

J'autorise la mairie de Nieul le Dolent à prendre toute mesure qui s'impose en cas d'urgence absolue.

OUI NON

Signature des responsables légaux de l'enfant :

Date :

MAIRIE DE NIEUL LE DOLENT

13 place du marché
85430 NIEUL LE DOLENT

Tél. : 02.51.07.90.92

Mail : mairie@nieul-le-dolent.fr



FICHE URGENCE

Nom de l'enfant :

Prénom : Date de naissance :

L'enfant a-t-il des allergies : oui non si oui lesquelles :

A-t-il des traitements particuliers : oui non si oui lesquels :

Dispose t il d'un PAI : oui non

NOM DES RESPONSABLES LEGAUX

Père : Mère :

Profession : Profession :

Tél. Domicile : Tél. Domicile :

Tél. Travail : Tél. Travail :

Personnes désignées

et habilitées à venir chercher l'enfant à la mairie en cas d'impossibilité de joindre le représentant légal.

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Médecin de votre choix

pouvant venir à la mairie pour examiner l'enfant

Docteur : Tél. :

J'autorise la mairie de Nieul le Dolent à prendre toute mesure qui s'impose en cas d'urgence absolue.

OUI NON

Signature des responsables légaux de l'enfant :

Date :

