



MAIRIE DE DIEBLING  
53 RUE PRINCIPALE  
Tél. : 03 87 02 50 27  
[mairie@diebling.fr](mailto:mairie@diebling.fr)

# FICHE D'URGENCE 2024/2025

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS**

## IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ECOLE : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Ecole : Maternelle  - Élémentaire

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

NOM du représentant légal : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Nom et adresse employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. Employeur : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOM du conjoint : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et adresse employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. Employeur : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

**TRÈS IMPORTANT** : en cas de changement de situation ou d'adresse, en cours d'année scolaire, prévenir le plus rapidement possible la mairie.

## PERSONNE HABILITÉE A PRÉVENIR EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DE VOTRE PART

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



MAIRIE DE DIEBLING  
53 RUE PRINCIPALE  
Tél. : 03 87 02 50 27  
[mairie@diebling.fr](mailto:mairie@diebling.fr)

**Informations :**

- En cas d'accident le service s'efforce de prévenir la famille rapidement.

- En cas d'urgence, le service appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, CMU, assurance scolaire....).

- Les médicaments sont interdits sur le site de restauration scolaire et les accompagnateurs ne sont pas habilités à administrer un médicament quelconque (aspirine, sirop, etc..) aux enfants.

- L'accueil en périscolaire étant une activité facultative, les élèves inscrits doivent obligatoirement bénéficier d'une assurance responsabilité civile et d'assurance individuelle accident.

L'assurance responsabilité civile et individuelle accident garantit les dommages subis ou provoqués par l'enfant. Les parents doivent vérifier sur leur contrat d'assurance si les risques scolaires et extrascolaires sont bien couverts.

Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Nom et N° de téléphone de la personne que vous désignez dans ce cas particulier :

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur \_\_\_\_\_ autorisons l'anesthésie de notre fils/fille \_\_\_\_\_ au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

**Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Il vous est possible également de transmettre à l'attention des secours des informations confidentielles sous pli cacheté

➤ Pli confidentiel joint (si oui, cochez la case)

Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements ci-dessus.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

assume l'entière responsabilité des déclarations portées sur le présent imprimé.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :