MAIRIE DE DIEBLING
53 RUE PRINCIPALE
Tél. : 03 87 02 50 27
mairie@diebling.fr

FICHE D'URGENCE 2025/2026

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM – Prénom : _____ **Né(e) le :** _____/_____/_____

ECOLE : _____ **Classe :** _____ **Sexe :** M ☐ F ☐

Ecole : Maternelle ☐ - Elémentaire ☐

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

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 :