



**INSTITUT DE L'INSTRUCTION CHRETIENNE - ABBAYE DE FLONE**

**Enseignement secondaire**

Chaussée Romaine, 2

4540 Flône

**Tél : 085/ 31.13.34 - Fax : 085/ 31.61.98**

E-mail : institut@flone.be

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE : .....

LIEU ET DATE DE NAISSANCE : .....

**En cas d'accident, personnes à prévenir :**

PERE : numéro de téléphone : .....

MERE : numéro de téléphone : .....

AUTRE PERSONNE : numéro de téléphone : .....

En cas d'accident sérieux engendrant une situation d'urgence et si l'institut ne parvient pas à joindre l'une des personnes responsables, nous laissons à l'école le pouvoir de prendre toutes mesures d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de notre enfant, sachant que le service 100 impose un transport vers l'hôpital le plus proche.

SIGNATURE DES PARENTS : .....

**RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES :**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... téléphone : .....

MUTUELLE : NOM ET PRENOM du titulaire : .....

ADRESSE : .....

.....



Date du dernier vaccin antitétanique : .....

Allergies (à certains médicaments notamment) : .....

.....

Autres remarques importantes : .....

.....

**Remarque** : si vous pensez que votre enfant présente une contre-indication à la prise d'iode, merci de joindre une attestation de votre médecin traitant au présent document.