



**ASSOCIATION PARENTS D'ACCUEIL BIENNE
TAGESELTERNVEREIN BIEL**

Renseignements en cas d'urgence (à retourner avec la feuille d'inscription)

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom des parents :

Rue : Localité :

Tél. privé : Tél. prof. :

Tél. en cas d'urgence :

Pédiatre : Tél. :

Dentiste : Tél. :

Assurance maladie et accidents de l'enfant:

Allergies (nourriture, animaux, médicaments) :

.....

L'enfant doit-il prendre régulièrement un médicament (lequel, à quel rythme) :

.....

Dispositions spéciales concernant l'enfant (maladie, diabète) :

.....

Jardin d'enfant : Tél. :

Ecole : Tél. :

Enseignant : Tél. :

Lieu et date : Signature :

NUMEROS D'URGENCE:

CENTRE HÔPITALIER DE BIENNE
CENTRE TOXICOLOGIQUE ZURICH
AMBULANCE
POMPIERS
POLICE

Tél. : 032 324 24 24
Tél. : 145
Tél. : 144
Tél. : 118
Tél. : 117