

URGENCE

Nom et Prénom de l'enfant :

En cas de maladie subite ou d'accident, l'assistant(e) maternel(le) devra :

Prévenir les parents

Lieu de travail:

Père : *Mère :*

Domicile :

Père : *Mère :*

Autre : 


Appeler le médecin

Docteur : *Docteur :*

⇒ **En cas d'urgence :**

SAMU -  : 15

Centre Anti - Poison -  : 02 99 59 22 22

Pompiers -  : 18

⇒ **Choix du transfert de l'enfant :**

Nom de l'hôpital à appeler :

 : : 02 / / / /

Nom de la clinique à appeler :

 : : 02 / / / /