



FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Nom : Prénom : Né(e) le :/...../..... Classe 2018/2019 :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile
2. N° du responsable / travail du père : poste : Email :
3. N° du co-responsable / travail de la mère : poste : Email :
4. Nom et N° d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

N° et adresse du centre de sécurité sociale : / / / / / / /

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

Date du dernier rappel de vaccin antitetanique :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, pathologie connue, traitements en cours, précautions particulières à prendre, régime alimentaire particulier en raison d'allergie et/ou rituels religieux...) :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

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

A....., le/...../.....
Signature des parents

*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière d'établissement.