

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS *

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____ ANNEE SCOLAIRE :

Nom : _____ Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

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

① N° de téléphone du domicile :

② N° du travail du père : Poste :

③ N° du travail de la mère : Poste :

④ Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les service 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 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

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** :

(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, ...)

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Tél. :