



## FICHE D'URGENCE - ANNEE 2019-2020

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Classe : .....

Statut : .....

**Adresse de l'étudiant :**

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

**Nom et adresse des parents :**

MME /M .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant vos numéros de téléphone :

Tél. Domicile : ..... Tél Portable Père : ..... Tél Portable Mère : .....

Tel du travail Père : ..... Tél du travail Mère : .....

**Personne à prévenir en priorité :**

Nom ..... N° de téléphone .....

En cas d'urgence, un étudiant 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 étudiant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel Vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_

(Cette vaccination, pour être efficace, **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

Nom et adresse du médecin traitant : ..... Tél : .....

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

Merci de préciser si vous êtes suivi régulièrement :  en libérale  en SESSAD  en CMP/CMPP  en hôpital

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je soussigné Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_  
autorise d'être anesthésié dans le cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, j'aurais à subir une intervention chirurgicale.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature de l'étudiant