



FICHE D'URGENCE - ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / / Classe :

Statut :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

MME / M

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

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 :

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

Nom N° de téléphone

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.

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 votre enfant est suivi régulièrement : en libérale en SESSAD en CMP/CMPP en hôpital

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés Monsieur et Madame _____

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille _____

dans le 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