



FICHE D'URGENCE

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : CLASSE :
ADRESSE ET NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
.....
NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

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

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à contacter
Nom			
Prénom			
Adresse			
Tel domicile			
Tel travail			
Tel portable			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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 antitétanique : (Pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame/Monsieur

Autorisons l'anesthésie de notre fille/fils au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à Le

Signature des parents