

**FICHE D'URGENCE (\*)**

**Nom de l'établissement** ..... **Année Scolaire** .....

NOM (de l'élève) ..... Prénom : .....

(Veuillez agraffer une photo d'identité en haut à gauche, s.v.p.)

Classe : ..... Date de Naissance : .....

NOM et Adresse des parents ou du représentant légal : .....

N° et adresse du centre de Sécurité Sociale : .....

**(Joindre la photocopie de l'attestation de la carte Vitale et de la Mutuelle)**

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 : ..... Portable : .....

3. N° du travail de la mère : ..... Portable : .....

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

5. Nom d'une personne autorisée à reprendre votre enfant.....

Le transport vers un hôpital sera fait par une ambulance, les pompiers ou le SAMU en fonction de la décision prise par le médecin régulateur du centre 15. Les formalités d'admission se font grâce aux renseignements fournis par la famille (fiche d'urgence dûment remplie et les photocopies carte vitale et carte mutuelle). Un élève **mineur** ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille et/ou pour **les élèves internes** selon les modalités du règlement intérieur de l'établissement.

**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

Nombre de vaccins antitétaniques reçus et date du dernier rappel : .....

**Joindre la photocopie des dates de vaccination sur le carnet de santé.**

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

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

**Votre enfant bénéficie-t-il d'aménagement pédagogique** :  oui  non



(\*) 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 du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.