

Année Scolaire 2018-2019

Classe

FICHE D'URGENCE MÉDICALE

NomPrénom.....

Date de naissance

Adresse des parents ou du représentant légal

.....
.....

N° de sécurité sociale sous lequel l'enfant est inscrit :.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :

⊖ Allergies (*)

⊖ Traitement en cours.....

⊖ Précautions particulières à prendre.....

(*) En cas d'allergie, il convient de fournir impérativement un certificat médical qui indiquera le traitement adéquat à donner en cas de crise. La mise en place d'un P.A.I. sera indispensable.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

EN CAS D'ACCIDENT

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagner uniquement par un membre de sa famille.**

L'établissement s'efforce de prévenir la famille immédiatement par les moyens les plus rapides. Pour faciliter la tâche, nous vous remercions de nous communiquer :

☎ N° de domicile.....

☎ N° de travail de la Mère.....

☎ N° de portable de la Mère.....

☎ N° de travail du Père.....

☎ N° de portable du Père.....

Si vous n'êtes pas joignables, merci d'indiquer les coordonnées d'une tierce personne :

Nom.....

☎ Téléphone fixe.....

☎ Téléphone portable.....

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE
POUR L'ANNÉE 2018-2019 -**

Je soussigné (é e) - Nous soussignés - (*)

Madame.....

Monsieur.....

Autorise - Autorisons (*)

L'anesthésie de notre enfant.....

Au cas, où victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide, il – elle (*)
aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à

Le

Signatures

De la mère

Du père

(*) Rayer la mention inutile