FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES FAMILLES\*

\* 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’Éducation nationale

Nom de l'établissement .........................................................................

Année scolaire : ........................................................................

Nom : .....................................................................................................

Prénom : .....................................................................................

Classe : ..................................................................................................

Date de naissance : .....................................................................

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : ...............................................................................................................................

....................................................................................................................................

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Téléphone | Nom | Téléphone |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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.

À

le

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ....................................................................................................................................

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

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