

FICHE MÉDICALE

**« EN CAS D'URGENCE »
à remplir impérativement par les responsables de l'enfant***

Année scolaire : 2012/2013

Nom..... Prénom

Classe..... Date de naissance

Nom des parents ou du représentant légal :
Adresse.....

N° du centre de sécurité sociale :
Adresse :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les familles par les moyens les plus rapides. Merci de rappeler ici les noms et coordonnées des personnes pouvant être jointes :

1-M./Mme..... Dom..... Bur..... Mob.....
2-M./Mme..... Dom..... Bur..... Mob.....
3-M./Mme..... Dom..... Bur..... Mob.....

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.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussigné(s) Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille..... au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... le.....

Signature des Parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : / /
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :
Adresse :

***Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire et qui sera remis aux services de secours en cas d'urgence.**