

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe :
Nom et adresse des parents ou du représentant légal :	

En cas d'accident, prévenir : M. Mme : Ou M. Mme :	Tél : Tél :
--	----------------

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 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.

Fait à le

Signature du Père, de la Mère ou de la personne responsable de l'enfant.

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, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :
.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

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

PAI (protocole médical) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de sa mise en place :
---	------------------------------------

** 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 de l'établissement.*