



FICHE D'URGENCE

★ **ELEVE**

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

CLASSE

★ **FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE**

	PERE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
DOMICILE		
PORTABLE		
TRAVAIL		
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé
AUTORITE PARENTALE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SECURITE SOCIALE	Numéro : Adresse :	
ASSURANCE SCOLAIRE	Numéro : Adresse :	
MEDECIN TRAITANT	Numéro : Adresse :	
OBSERVATIONS PARTICULIERES (allergies, traitements, précautions particulières à prendre...)	 ATTENTION	
Date du dernier vaccin antitétanique		

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus 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, Madame et/ou Monsieur 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