



Fiche d'Urgence

Classe de l'élève : _____

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : Lieu de naissance :

Groupe sanguin : (Seulement si carte)

REPRESENTANT LEGAL :

Nom et adresse des Parents ou du représentant légal :

Adresse mail des parents :

N° de SS obligatoire :

Coordonnées obligatoires du Centre de Sécurité Sociale :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant le plus d'informations possibles :

N° Tél. domicile :

N° de travail du Père : N° de portable du Père :

N° de travail de la Mère : N° de portable de la Mère :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

VACCINATION :

DT Polio (DTP) : date du dernier rappel : / /

(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

<p>NOM ET ADRESSE et TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél. :</p>



MALADIES, TRAITEMENTS :

Votre enfant prend-il régulièrement un traitement ; si oui, lequel :

.....
Votre enfant est-il atteint d'une maladie invalidante (épilepsie, myopathie...)

.....
Précautions à prendre en cas de crise :

.....
Votre enfant souffre-t-il d'allergies :

Si oui, à quoi ? éléments de la nature (pollen, poussière)

alimentation

certains médicaments

Votre enfant bénéficie t-il d'un des dispositifs suivants (cochez la case correspondante)

P.P.R.E. P.A.P. P.P.S./P.A.O.A P.A.I

SPECIAL VOYAGES et SORTIES SCOLAIRES

1 : AUTORISATION DE CONSULTATION

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.

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur

● autorisons notre enfant à consulter un médecin ou un chirurgien dentiste.

● autorisons le transport de notre enfant en voiture, pour se rendre en consultation chez le médecin ou le radiologue, en cas de nécessité et si je ne peux l'accompagner moi-même.

Fait à, le

Signature des Parents :

2 : AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur

● autorisons l'administration de l'Etablissement à prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour une opération chirurgicale d'urgence avec anesthésie ou une hospitalisation et ceci durant tout le temps de la scolarité dans l'Etablissement et en cas de voyage ou de sortie scolaire.

Fait à, le

Signature des Parents :