

FICHE MEDICALE D'URGENCE

Année scolaire : **Classe :**

Nom : **Prénoms :**

Date de naissance :

Groupe et rhésus sanguins :

Informations médicales importantes à porter à la connaissance du service médical :
(Allergies, traitement en cours, interventions chirurgicales, maladies chroniques, précautions particulières ...)

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 **au moins deux numéros de téléphone** :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal

.....

1. N° Téléphone portable du père : **2. N° du travail du père :**

3. N° Téléphone portable de la mère : **4. N° du travail de la mère :**

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

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.

À Le.....

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

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