



FICHE D'URGENCE MEDICALE

Année scolaire : 2024/2025

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire : 20850010078687 - 277 rue Saint Jacques 75256 Paris cedex 05

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 un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone mobile Père :
2. N° de téléphone mobile Mère :
3. 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 enfant... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le

Signature des parents

Groupe sanguin :

Date du dernier 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 etc...) Rappel aucun médicament ne sera administré (cf. règlement intérieur)

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