

Fiche d'urgence à l'intention des parents

Nom de l'établissement : Année scolaire :

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

.....

N° de l'assuré ayant droit et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

.....

.....

N°, nom et adresse de l'assurance scolaire :

.....

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

1. N° de portable de la mère :

2. N° de portable du père :

3. N° du domicile :

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

.....

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille rapidement.

En cas d'urgence, l'établissement appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, CMU, assurance scolaire, ...).

- ✦ Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

Signature des parents ou du représentant légal

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 ou du représentant légal

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, ...).

.....
.....

Il vous est possible également de transmettre des informations confidentielles au médecin ou à
l'infirmière de l'établissement sous pli cacheté. Ils vous contacteront pour vous proposer la mise en place
éventuelle d'un P.A.I. (projet d'accueil individualisé).

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

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