Tampon de l'école

FICHE DESTINEE AUX SERVICES D'URGENCE EN CAS D'ACCIDENT

Nom de l'élève :..... Prénom :.....

Date de naissance :..... Classe : .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

.....

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 du domicile : .....

2- N° du travail du père : .....

3- N° du travail de la mère :.....

4- 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

aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... le ..... 20….

Signature des parents,

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, traitement en cours, précautions particulières à prendre .....
.....

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

**** Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.***