Année scolaire : 2018 / 2019



**FICHE D’URGENCE[[1]](#footnote-1) – Ecole St Louis**

**Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Classe** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom et adresse du responsable légal :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse e-mail :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N° de Sécurité Sociale :** \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Régime *(Général / MSA / Autre)* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de *(Ville)* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 les renseignements demandés.

1. **🕿 domicile :**
2. **🕿 portable du père : 🕿 travail du père :**
3. **🕿 portable de la mère : 🕿 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 plus 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.

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature des parents :**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Rappel : tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement :❑ asthme ❑ allergies alimentaires ❑ Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom, adresse et 🕿 du médecin traitant : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Document non confidentiel à remplir à chaque début d’année scolaire.***

   *Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’attention du directeur de l’établissement.* [↑](#footnote-ref-1)