



## **Fiche d'urgence non confidentielle à remplir obligatoirement par les parents ou le responsable légal**

Nom de l'établissement : ..... Année scolaire : .....

Nom : ..... Prénom : .....

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

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

N° de téléphone du domicile : .....

N° de téléphone du travail : du père : ..... de la mère : .....

N° de portable : .....

N° de téléphone et nom d'une personne à prévenir en cas d'indisponibilité de votre part : .....

Nom et adresse du centre de sécurité social : .....

N° de l'assuré ayant droit (**joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale**) : .....

Nom et adresse de la mutuelle complémentaire ou de l'assurance scolaire : .....

N° de sociétaire : .....

- 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.**

- Nom et N° de téléphone de la personne que vous désignez dans ce cas particulier : .....

Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements ci-dessus.

Date

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.

A 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, etc.) : .....  
.....  
.....

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 :** .....  
.....