



FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2018/2019

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

École SAINT-JOSEPH

1, rue du BAC
92600 ASNIÈRES
TEL : 01.47.93.26.43
Fax : 01.47.90.03.99

NOM :

Prénom :

Classe :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Nom et adresse des Parents ou du représentant légal :

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 : plusieurs numéros de téléphone.

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du père :N° de mobile.....

3. N° du travail de la mère :N° de mobile.....

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

N° de mobile :

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.....
dans le cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à : Le ___ / ___ / 2017

Signature des parents

Date du dernier rappel de Vaccin antitétanique : ___ / ___ / _____
(Cette vaccination pour être efficace, nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement
(Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

NOM et adresse du médecin traitant : TÉL :