

## ANNEXES

---

### FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS\*

---

**Nom de l'établissement**

.....

Nom :

.....

.....

Classe :

.....

.....

**Année scolaire :**

.....

Prénom :

.....

.....

Date de naissance :

.....

Nom et adresse des parents ou du représentant 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 :

.....

Poste :

.....

3. N° du travail de la mère :

.....

Poste :

.....

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

À ..... le  
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,  
traitements 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