

FICHE D'URGENCE MEDICALE

PHOTO
récente

Nom de l'établissement : Collège Saint Joseph **Année scolaire :** 2023/2024

Nom :Prénom :

Classe :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 : 20850010078687 - 277 rue Saint Jacques 75256 Paris cedex 05

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

A le

Signature des parents

Groupe sanguin :

Date du dernier 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 etc...)

Rappel aucun médicament ne sera administré (cf. règlement intérieur)

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Document non confidentiel à remplir par les familles. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin scolaire et la déposer au secrétariat, auprès de Sandra COELHO.