

FICHE D'URGENCE SANTE

Année scolaire : 2023-2024

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.

N° de téléphone du domicile :

N° de portable mère : père :

N° du travail mère : père :

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 :

Je soussigné(e)

Représentant légal, autorise l'anesthésie de notre enfant :

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

Santé

Antécédents médicaux :

Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Allergie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autre	

- Antécédents chirurgicaux :

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

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

Médecin traitant (Nom, adresse et n° de téléphone)

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.