

FICHE MÉDICALE D'URGENCE OBLIGATOIRE *

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : /___/___/___/ Classe en 2017-2018 : _____

Etablissement _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement : _____

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

BCG (date) : _____ Groupe sanguin : _____

Test tuberculique (date du dernier test) : _____

DT Polio (date du dernier rappel - moins de 5 ans) : _____

Pour les élèves ayant besoin d'un projet d'accueil individualisé avec traitement à administrer à l'infirmerie (diabète, épilepsie, hémophilie, allergie et asthme sévère....) ainsi que pour toute information confidentielle, prendre contact avec l'infirmière.

* Document non confidentiel, à remplir par les familles, chaque année scolaire

Autorisation d'intervention d'urgence au verso →
(transmise à l'hôpital si nécessaire)

AUTORISATION D'INTERVENTION D'URGENCE DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

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 du responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé »

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

	1	2	3
NOM			
Qualité			
Tél. Domicile			
Tél. Travail			
Tél. portable			

N° Sécurité Sociale de la personne responsable : _____

Conformément à la loi 86-11 du 6 janvier 1986 et du décret du 16 Décembre 1987, en cas d'urgence, l'appel sera fait au SAMU (15) qui organisera les secours

LA FAMILLE SERA AVISÉE IMMÉDIATEMENT

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.