

Ecole Saint Michel

 33 rue Anne de Bretagne

 44 430 La Remaudière

🕾🖶 : 02/40/33/73/47

*📬* *ecole.remaudiere@orange.fr*

 **Année 2017/2018**

FICHE D’URGENCE

**Nom**:……………………………………………………… **Prénom**:…………….……………………………………………………….

**Classe**:………………………….  **Date de naissance**:……………….………..….

**Nom** et **adresse des parents ou** du **responsable légal** : ……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………………

**Adresse courriel de la famille :** ……………….…………………………………………………..@......................................

**N°** et **adresse** du **centre de sécurité sociale** : [ | | | | | | | | | | | | | | ]

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**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° de téléphone portable du père : …………………………………….… N° du travail du père  : ………………………………….
3. N° de téléphone portable de la mère : ……………………………….…… N° du travail de la mère : ………………………………….
4. N° de téléphone et coordonnées d’**une personne susceptible de vous prévenir rapidement :** ……………………………

Mme/Mlle/M.……………………………………………………………………………………………………………………………

**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’accompagner 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 du ou des responsable(s) de l’enfant :***

* **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, traitement en cours, précautions particulières à prendre*) :

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………

**NOM, adresse** et **numéro de téléphone** du **médecin traitant**

 ………………………………………..………………………...........................................................................................................

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du directeur de l’établissement