Lycée polyvalent Chelles 77
Gaston Bachelard

FICHE D'URGENCE

CLASSE : ☐ SECONDE ☐ PREMIERE ☐ TERMINALE ☐ BTS

NOM : ..... PRENOM : .....

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. Veuillez nous faciliter la tâche en nous communiquant au moins un numéro de téléphone à jour.

N° Portable du père : ..... N° Portable de la mère :.....

N° Téléphone du domicile : .....

Nom et numéro 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.

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement

(Allergies, précautions particulières à prendre…) : .....

.....

.....

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

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT. LES PAI, PAP SERONT A NOUS REMETTRE SOUS PLI AVEC MENTION « CONFIDENTIEL »

A ....., le ...../..... /.....

Signature des parents ou du représentant légal :

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 de Mme DJEDJIG Infirmière Education Nationale.

ANNEE 2023-2024