

FICHE D'URGENCE POUR LES ÉTUDIANTS*

Année Scolaire 20.../...

NOM _____ Prénom _____ Classe _____

Date de naissance : ____/____/____/____ Lieu : _____

Nom et adresse de l'étudiant _____

N° de Sécurité Sociale de l'étudiant : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la personne de confiance de votre choix par les moyens les plus rapides.

Coordonnées de la personne de confiance :

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e) , _____ autorise mon
anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide même lors d'un stage ou
d'un séjour de classe à l'étranger, j'aurais à subir une intervention chirurgicale.

À _____ le _____

Signature de l'étudiant :

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : _____

(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 10 ans**)

Nom et adresse du **médecin traitant** habituel _____

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'Établissement (*maladies antérieures :
asthme, diabète, allergie, interventions chirurgicales importantes, maladies actuelles, aménagements pédagogiques type
PAP, PPRE*)

Traitement médical en cours (*indiquer le nom générique des médicaments, date de prescription, durée, posologie*)

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** cf. BO n° 1 – 6 janvier 2000 – HORS – SERIE-

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire **sous enveloppe fermée** à l'intention de
l'infirmière de l'établissement (Mme DELPORTE).