



→ Document non confidentiel

Nom de l'élève :

Prénom :

Niveau : 2<sup>nd</sup>e

1<sup>ère</sup> :

Terminale :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous vous remercions de préciser vos coordonnées téléphoniques.

- n° de téléphone père : \_\_\_\_\_ n° de téléphone mère : \_\_\_\_\_
- . n° de travail du père : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_
- n° de travail de la mère : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_
- 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 :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame  
autorisons 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 des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_ (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans)

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

**Nom et téléphone du médecin traitant :**

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