**Année scolaire** :2024 / 2025

***FICHE D’URGENCE***

**Nom de l’établissement :** Ecole Saint Michel

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

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

**Nom et adresse du responsable légal 1 + adresse mail :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Nom et adresse du responsable légal 2 + adresse mail**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**En cas d’accident**, l’établissement s’efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible

1. N° de téléphone du domicile : …………………………………………………..
2. N° du travail du responsable 1 : (NOM et prénom) …………………………………….………………….. et portable : …………………………………………
3. N° du travail du responsable 2 : (NOM et prénom): ……………………………….………………………. et portable : …………………………………………
4. Nom d’une personne relais joignable en cas d’urgence rapidement : Mme/Mlle/M ……………………………………………………………………………….

Lien avec l’élève : ………………………………………………………………………………………..

N° de téléphone .…………………………………………………………………………………………

**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 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 ……………………………………………..***

*Signatures des responsables légaux :*

* **Date du dernier rappel de vaccin** **antitétanique** : ……………………………………………………………………..
* **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 **n° de téléphone** du **médecin traitant** : ………………………………………..………………………................................................

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