

FICHE MEDICALE



NOM de l'enfant..... PRENOM.....

Classe..... Date de naissance.....

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 à contacter :

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

Signature des Parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : /_/_/_./_/_/_./_/_/_/_/_/.

Votre enfant est-il hémophile ? OUI NON

Votre enfant est-il allergique ? OUI NON si oui à quoi.....
.....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des services de santé (traitements en cour, précautions particulières à prendre) :
.....
.....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :
.....
.....