

NOM et prénom de l'élève : .....né(e) le : .....

## FICHE URGENCE - SANTE

Mr et Mme ..... adresse : .....

Nom et n° de tél. du médecin traitant : .....

En cas d'accident, d'état fébrile, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

- n° de tél. portable : Père : ..... Mère : .....
- n° de tél. professionnel : Père ..... Mère : .....
- n° de tél. d'une personne pouvant vous joindre : .....

**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.

**VACCINATIONS** : Merci de nous faire parvenir la photocopie du carnet de vaccinations (si cela n'a pas été fait ou s'il y a eu une mise à jour des vaccinations). **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** : .....

**Il est indispensable que certains problèmes de santé nous soient communiqués** : .....

**ALLERGIES** : Un certificat de l'allergologue ou du médecin traitant précisant clairement le type d'allergie et les risques qui y sont liés doit être fourni.

**Restauration** :  Externe OU  Pique-nique OU  Demi-pensionnaire

Allergies alimentaires ? .....

Régime alimentaire ou traitement particulier ? .....

### 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.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

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

Signatures des responsables légaux :