

# Fiche d'Urgence d'année scolaire 2026-2027

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Date de naissance : 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Sexe : ☐ F - ☐ M

Classe : .....

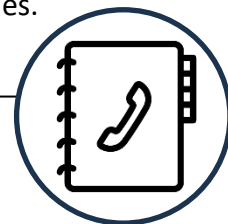
☐ Externe - ☐ Demi-pensionnaire - ☐ Interne

**Nom et adresse des parents ou du représentant légal :**

.....  
.....  
.....

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

Merci de faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro** de téléphone :



N° domicile : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**1<sup>er</sup> responsable :**

Lien de parenté : ☐ Père - ☐ Mère - ☐ .....

N° portable : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° professionnel : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**2<sup>nd</sup> responsable :**

Lien de parenté : ☐ Père - ☐ Mère - ☐ .....

N° portable : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

N° professionnel : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Nom et numéro** 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. **Vu l'éloignement de l'hôpital, nous ne pouvons faire accompagner l'élève par un adulte de l'établissement. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

- Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....

**Nom, adresse et numéro du médecin traitant :** .....

.....

..... Médecin traitant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Suite au verso**



### Observations particulières :

(Observations que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement)



**Allergies**, contre-indications : .....

**Régime alimentaire spécial suivi** : .....

.....

Maladies contagieuses : .....

Traitement médical suivi : .....

Interventions chirurgicales subies : .....

.....

.....

.....

Date : ..... Signature du responsable légal :

Nous autorisons également le personnel encadrant à retirer une tique à votre enfant et à en être avertis après (hors parties intimes).



**IMPORTANT**

☐ Oui

☐ Non : Nous nous engageons à récupérer notre enfant.



**IMPORTANT**

**Veuillez renseigner cette fiche avec soin  
et communiquer les changements de numéro de téléphone.  
L'établissement doit pouvoir joindre à tout moment un adulte responsable.**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

Autorise l'anesthésie de mon enfant (nom, prénom) .....

Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale, nous autorisons la direction ou le responsable de l'internat à faire appel aux services d'urgence compétents. Si une intervention chirurgicale s'impose, nous autorisons les médecins à la pratiquer dans l'intérêt de notre enfant.

L'établissement s'engage à nous tenir informés de tout incident ou accident dans les meilleurs délais.

Fait à ..... le .....

Signature :

