



## FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS\*

Nom de l'établissement  
LPO NGT de PORT-LOUIS

Année scolaire :  
2018/2019

Nom :  
.....

Prénom :  
.....

Classe :  
.....

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

1.  
N° de téléphone du domicile du Père:  
.....

N° du domicile de la Mère :  
.....

2. N° du travail du père :  
.....

N° de portable du Père :  
.....

3. N° du travail ou de portable de la mère :  
.....

N° de Portable de la Mère :  
.....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....  
.....

Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?  Oui  Non

Votre enfant est-il DYS ?  Oui (Précisez)  Non

Votre enfant relève-t-il du dispositif ULIS ?  Oui  Non

## 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.

**En cas d'urgence, la famille est immédiatement avertie par nos soins. L'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.**

**Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

À ..... le

Signature du/des responsables légaux et/ou de l'élève  
majeur

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....  
(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

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

.....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant** : .....

.....

.....

---

**\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.**  
**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement (PAI, Projet d'Accueil Individualisé ou autre).**