



FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

Nom de l'établissement
LPO NGT de PORT-LOUIS

Année scolaire :
2020/2021

Nom de l'élève ou étudiant(e) :
.....

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 Travail de la Mère :
.....

3. N° de Portable du Père :
.....

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 diagnostiqué dys ou Multi-Dys ? Oui (Précisez) Non
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnant en milieu scolaire ? Oui Non

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour un examen Oui 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).**