



FICHE D'URGENCE À CARACTÈRE MÉDICAL

Nom de l'établissement
LPO NGT de PORT-LOUIS

Année scolaire :
2023/2024

Nom de l'élève ou étudiant(e) :
.....

Prénom :
.....

Classe :
.....

Date de naissance :
.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal ou d'une personne de confiance :
.....
.....

N° sécurité sociale :
.....
.....

N° client/adhérents 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 portable de la mère : N° de téléphone portable du père :

2. N° de téléphone du domicile de la mère : N° de téléphone du domicile du père :

3. N° de téléphone du travail de la mère : N° de téléphone du travail du père :

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

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

Votre enfant est-il diagnostiqué Dys ou Multi-Dys ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un orthophoniste ? Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnant (AESH) ? 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 d'un responsable légal.

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).