



# FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 2022-2023

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Une fiche par élève. *Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du chef d'établissement.*

**L'enfant :**  
 Nom : ..... Prénom : ..... Classe : ..... Né(e) le : .....

Assurances obligatoires :  
 ❶ **Assurance 'Responsabilité Civile'**  
 Nom, adresse et N° de police de votre Assurance 'Responsabilité Civile' auquel est rattaché l'enfant :  
 .....

❷ **Assurance scolaire 'individuelle-accident'**

Nous déclarons ne pas vouloir adhérer au contrat d'assurance proposé par l'école, l'enfant étant déjà assuré auprès de :

Nom, adresse et N° de police de votre assurance scolaire 'individuelle-accident' :

.....  
 .....

Merci de transmettre **l'attestation d'assurance scolaire** délivrée par votre assureur

Nous souhaitons adhérer au contrat d'assurance '**individuelle-accident**' proposé par l'école auprès de La Mutuelle Saint-Christophe.

Merci de joindre le bulletin d'adhésion et son règlement

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant les numéros de téléphone utiles. **3 contacts obligatoires**

**minimums**

N°s de Téléphone :

Père : ① ..... Travail : ① .....

Mère : ① ..... Travail : ① .....

Autres personnes pouvant être contactées (grands-parents, nourrice...) et susceptibles de vous prévenir rapidement ou qui viennent chercher votre enfant.

Nom : ..... ① .....

Nom : ..... ① .....

Nom : ..... ① .....

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.**

## 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.

A ..... le ..... Signature des parents :

- **NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....
- 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, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :  
 .....