

**FICHE MÉDICALE**

**NOM de l'enfant** ..... **PRENOM** .....

**CLASSE** ..... **Date de Naissance** .....

**En cas d'accident,** afin de pouvoir vous prévenir veuillez nous indiquer les N<sup>os</sup> de téléphone où l'on peut vous joindre.

1 ..... 2.....

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.

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :**

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** /\_/\_/./\_/\_/./\_/\_/\_/\_/.

**Votre enfant est-il hémophile ?**  **Oui**     **Non**

**Votre enfant est-il allergique ?**  **Oui**     **Non**

**Si oui, à quoi ?** .....  
.....  
.....

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

**Nous soussigné, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre enfant ..... au cas ou, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.**

**Nous autorisons les responsables à prendre toutes mesures pour préserver la santé de notre enfant.**

**Fait à** ..... **le** .....

**Signatures des parents :**

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des services de santé (traitement en cours, précautions particulières, etc...) .....**  
.....  
.....

**Nom, adresse et N° de téléphone de votre médecin traitant.....**  
.....  
.....