

Réservé à l'administration

n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ÉLÈVE

(Nom-Prénom) :

Classe : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : | | JJ | | | MM | | | AAAA

Assurance scolaire : Accident **M.S.A.** – 15/17 Avenue Victor Hugo – 12000 RODEZ Tél : **05.65.75.39.39**  
 Responsabilité civile **GROUPAMA** – 13 Bd de la République – 12005 RODEZ Tél : **05.65.67.70.70**

### Nom et adresse des parents ou du représentant légal

M / Mme \_\_\_\_\_

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 que s'il est accompagné d'un membre de sa famille.**

L'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en complétant les renseignements ci-dessous (le plus lisiblement possible) :

1- N° de téléphone du domicile | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2- N° du travail du père ou portable | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3- N° du travail de la mère ou portable | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4- Adresse mail de l'un des parents \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

5- Nom d'une personne susceptible M/Mme \_\_\_\_\_

de vous prévenir rapidement : Tél | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Vaccin antitétanique

Date du dernier rappel de | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) Mois Année

### Groupe sanguin

### Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement

(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Numéro ☎ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et adresse \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ Signature des parents (ou tuteur)

Le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ /



Année 2021-2022

## OBLIGATOIRE

(demandée par les services médicaux)

Remplir ou cocher les différentes cases

Je/Nous, soussigné(s) M.

et/ou

Mme

en qualité de

Père

Mère

Autres

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Précisez

titulaire(s) de l'autorité parentale

Autorise

Autorisons

- ou/et
- ou/et
- **Que des actes médicaux,**
  - **Qu'une intervention sous anesthésie,**
  - **Que des actes complémentaires,**

jugés médicalement nécessaires par l'équipe médicale, soient réalisés

sur la personne de :

Nom Prénom

Né(e) le

Ne pas remplir la partie grisée

Hospitalisé(e) dans le service de

**NB : la réalisation de ces actes peut être parfois réalisée en URGENCE dans un délai ne permettant pas de vous joindre.**

Fait à

Le

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du (ou des) titulaire(s) de l'autorité parentale.

### Comment compléter cette autorisation

Cas n° 1

Autorité parentale conjointe

→ La signature des deux parents obligatoire

Cas n° 2

Autorité parentale exercée par un seul parent

→ La signature de ce parent est seule requise

Voir au verso **Fiche d'Urgence**

