



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.

Veuillez 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 ____ /

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'attention du Directeur de l'établissement



CONSENTEMENT ET AUTORISATION DES SOINS



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**

