Année scolaire 20__-20__

FICHE D'URGENCE

Nom et prénom de l'apprenant: **Classe :**

Date de naissance : **Sexe :** **M** ☐ **F** ☐

Représentant légal 1	**Représentant légal 2**	**Personne de confiance**
Père ☐ - Mère ☐ - Autre * ☐	Père ☐ - Mère ☐ - Autre* ☐	Qui peut vous prévenir rapidement **A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**
*Précisez :	*Précisez :	Lien avec l'apprenant :
NOM :	**NOM** :	**NOM** :
Prénom :	**Prénom** :	**Prénom** :
Adresse :	**Adresse** :	**Adresse** :
Tél. 1 :	**Tél. 1** :	**Tél. 1** :
Tél. 2 :	**Tél. 2** :	**Tél. 2** :

Maladie/Allergies : **NON** ☐ **OUI** ☐ **Précisez**

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné, Madame et/ou Monsieur

autorisons l'anesthésie de notre enfant : au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à le **Signatures des représentants légaux, ou de l'étudiant** :

Le représentant légal 1, Le représentant légal 2,

En cas d'urgence, l'apprenant accidenté ou gravement malade est orienté et transporté par les services de secours vers le centre de soins le plus adapté. La famille est immédiatement informée par nos soins. Dans tous les cas un apprenant mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou de son représentant légal.