

Service Médico -scolaire

FICHE D'URGENCE

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'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Nom : Prénoms :
Classe : Date de naissance :
Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement prévient la famille par les moyens les plus rapides. Merci de nous donner les numéros de téléphone suivants :

1. N° de téléphone du domicile :
 2. N° du travail du père :portable :
 3. N° du travail de la mère :portable :
 4. nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
-

En cas d'urgence, l'établissement évalue la situation. Si une évacuation immédiate de l'élève est envisagée, celui-ci sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche (Wellkin Hospital). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Si l'urgence n'est pas avérée, la famille sera contactée pour prendre en charge l'élève au lycée et effectuer les soins nécessaires à l'hôpital ou la clinique de son choix.

En cas d'accident, les parents s'engagent à faire l'avance de tous les frais médicaux. Ces frais seront remboursés par l'assurance du lycée qui couvre les élèves 24h /24h pour une valeur maximale de 50 000 roupies par accident (une franchise de 500 Rs est applicable sur chaque réclamation)

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

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

Ale.....Signature des parents :

AUTRES INFORMATIONS

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulière à prendre).....
.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....