



Année scolaire 2024/2025

## FICHE D'URGENCE

Nom de l'établissement : Ecole Saint-Joseph à PONTCHÂTEAU

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Nom et adresse du responsable légal :

Nom et adresse du responsable légal :

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible

1. N° du travail du responsable : (NOM et prénom) portable :
2. N° du travail du responsable : (NOM et prénom) portable :
3. Nom d'une personne relai joignable en cas d'urgence rapidement : Mme/Mlle/M.

Lien avec l'élève :

N° de téléphone :

**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.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

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

A

le

Signatures des responsables légaux :

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
- **Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre*) :
- **NOM, adresse et n° de téléphone** du médecin traitant :



Année scolaire 2024/2025

## ATTESTATION DE VACCINATION

*Pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018*

*Je soussigné(e) (NOM et prénom) \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés ci-dessous  
concernant mon enfant \_\_\_\_\_, certifie que l'enfant né(e) le \_\_\_\_\_ fréquentera  
l'établissement ci-dessus désigné à partir de \_\_\_\_\_*

### VACCIN OBLIGATOIRE

D.T.P.	3 <sup>e</sup> injection
	1 <sup>er</sup> rappel

Fait à

le

Signature :

#### A remplir dans le cas où le vaccin n'est pas à jour

*Je soussigné(e) (NOM et prénom) \_\_\_\_\_ m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant  
(NOM et prénom) \_\_\_\_\_ dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre-indication temporaire ou  
permanent.*

Fait à

le

Signature :

#### A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

*Je soussigné(e) (NOM et prénom) \_\_\_\_\_, déclare être pleinement informé(e) des conséquences  
éventuelles en cas d'épidémie.*

Fait à

le

Signature :

Joindre un certificat médical

### IMPORTANT : à noter

Contre-indications médicales :

Remarque : L'école garantit la confidentialité de ce document.