



Année scolaire 2026/2027

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 :



ATTESTATION DE VACCINATION

Pour les enfants nés à partir de 2020

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

▪ Diphtérie, ▪ Tétanos ▪ Polyomélite	(DTP)	▪ Infections invasives à Pneumocoque (PHC)	▪ Méningocoque de sérogroupe C (MnC)	▪ Rougeole ▪ Oreillons ▪ Rubéole (ROR)	
▪ Coqueluche	(DTCaP)	1	1	1	
▪ Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	(Hb)	2	2	2	
▪ Hépatite B	(Hep B)	3			
1					
2					
3					

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 :

Remarques : L'école garantit la confidentialité de ce document