



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 :



Année scolaire 2026/2027

ATTESTATION DE VACCINATION

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2020

Je soussigné(e) (NOM et prénom)

concernant mon enfant

l'établissement ci-dessus désigné à partir de

, déclare exacts les renseignements portés ci-dessous

, **certifie** que l'enfant né(e) le

fréquentera

VACCIN OBLIGATOIRE

D.T.P. 3^e injection

1^{er} rappel

Fait à

le

Signature :

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

Je soussigné(e) (NOM et prénom)

(NOM et prénom)

permanent.

m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant

dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre-indication temporaire ou

Fait à

le

Signature :

A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

Je soussigné(e) (NOM et prénom)

éventuelles en cas d'épidémie.

, déclare être pleinement informé(e) des conséquences

Fait à

le

Signature :

Joindre un certificat médical

IMPORTANT : à noter

Contre-indications médicales :

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