SAINT-CHARLES
2 Rue G. Anthonioz de Gaulle
91205 Athis-Mons Cedex
TEL : 01 60 48 71 00

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

FICHE MEDICALE D'URGENCE

L'ETUDIANT(E)

NOM : Prénom : Sexe : ◯ F ◯ H

Date de naissance : Régime : (menu déroulant)

Classe 2022-2023 : .....

Classe 2023-2024 (sous réserve de la décision du conseil de classe) : (menu déroulant)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... *merci de ne joindre ni original ni photocopies*

Observations médicales particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

Lunettes : ☐ oui ☐ non - Lentilles de contact : ☐ oui ☐ non - Appareil auditif : ☐ oui ☐ non

Projet d'accueil individualisé **(P.A.I.)** : ☐ oui ☐ non ☐ renouvellement

Quel problème : .....

Nom des parents ou du représentant légal si mineur(e) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° de sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐
Clé

Adresse du centre : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT : .....

TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous donnant **au moins deux numéros de téléphone** (il est impératif de prévenir nos différents services (secrétariat et vie scolaire) en cas de changement de domicile et de numéros de téléphone).

N° de téléphone du domicile : .....

Référent principal : ☐ père ☐ mère ☐ autre ..... N° du travail : n° portable :

Autre référent : ☐ père ☐ mère ☐ autre ..... N° du travail : n° portable :

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM : Numéro de téléphone : Lien avec l'étudiant(e) :

En cas d'urgence, la famille est immédiatement avertie par nos soins **et doit arriver au plus vite à Saint-Charles**. Un membre de la communauté éducative **ne peut pas prendre en charge un(e) étudiant(e) hors de l'enceinte de l'établissement et la présence d'un membre de la famille est donc requise** lors du transport par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté à l'étudiant(e) malade ou accidenté(e). Cependant, si la situation médicale nécessite que l'étudiant(e) parte seul(e) avec les services d'urgence, nous vous rappelons qu'un(e) étudiant(e) mineur(e) ne peut sortir de l'hôpital **qu'accompagné(e) de sa famille**.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE EN CAS D'URGENCE VITALE

Je, soussigné(e), ...
autorise mon anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, j'aurais à subir une intervention chirurgicale.

A le

Signature : (si signature électronique : NOM et Prénom)