

## FICHE D'URGENCE POUR LES ÉTUDIANTS\*

### Année Scolaire 2024 / 2025

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'étudiant \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale de l'étudiant : | | | | | | | | | | | | | | | |

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la personne de confiance de votre choix par les moyens les plus rapides.

Coordonnées de la personne de confiance :

.....

#### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e) , \_\_\_\_\_ autorise mon  
anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide même lors d'un stage ou  
d'un séjour de classe à l'étranger, j'aurais à subir une intervention chirurgicale.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant :

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : \_\_\_\_\_

(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 10 ans**)

Nom et adresse du **médecin traitant** habituel \_\_\_\_\_

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'Établissement (*maladies antérieures :  
asthme, diabète, allergie, interventions chirurgicales importantes, maladies actuelles, aménagements pédagogiques type  
PAP, PPRE*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traitement médical en cours (*indiquer le nom générique des médicaments, date de prescription, durée, posologie*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** cf. BO n° 1 – 6 janvier 2000 – HORS – SERIE-

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire **sous enveloppe fermée** à l'intention de  
l'infirmière de l'établissement (Mme BUOB).