** FICHE D'URGENCE BTS**

**2023-2024**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Classe :**  …………... | |
| **Nom** : ………….................................................... | **Prénom** : ……................................... | | | |
| **N° Sécurité Sociale de l’étudiant :**  **\_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_** | **Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**  **Régime :** (cochez svp) **◌ Externe**  **◌ D.P**  **◌ Interne** | | | |
| **Nom et adresse des parents ou du représentant légal** : ..........................................................  ...................................................................................................................................................... | | | | | | | |
| **N° de sécurité sociale du représentant légal** : **\_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_** | | | | | | | |
| **Assurance scolaire** : nom et numéro du contrat: ..................................................................................................................................................... | | | | | | | |
| **- N° de téléphone portable de l’élève** : ……………………………………… | | | |
| **- N° de téléphone du père**:  Domicile : ……………….…….. Portable : ……..……………….…. Travail : …….…….……………... | | | |
| **- N° de téléphone de la mère** :  Domicile : …………………..…. Portable : …………..………….….. Travail : …………………………. | | | |
| **- Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement** : | | | | | | | |
| .................................................................................................................................................................................. | | | | | | | |
| **- Médecin traitant**  (Nom, adresse et n° de téléphone): .................................................................................................................................................................................. | | | | | | | |
| **Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame**……….……….………………… **autorisons en cas d’urgence, à confier notre enfant** ………..…..………………… **à l’équipe des services de secours d’urgence (ambulances, pompiers, SAMU) afin qu’il soit orienté et transporté vers l’hôpital le plus proche, sans être accompagné par un autre membre du personnel de l’établissement. Nous serons immédiatement avertis par vos soins et nous rejoindrons notre enfant sur place.**  **De plus, j’autorise les soins et l’anesthésie de mon enfant au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il ou elle aurait à subir une intervention chirurgicale en urgence.**  **Signature des parents :** | | | | | | | |
| **Fait à** …………………..……………….. | | |  | | | | |
| **Le** ………………………………..…… | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| **- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** : **…. /.… /…….** | | | | | | | |
| (Pour être efficace, la vaccination nécessite un **rappel tous les 5 ans**) | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |
| **- INFORMATIONS IMPORTANTES :** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :  ................................................................................................................................................................  …..…………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| ***DOCUMENT NON CONFIDENTIEL*** *à remplir impérativement par les familles à chaque début d'année scolaire.* Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissemen | | | | | |  |