



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Date de naissance : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone ci-dessous :

- 1- N° de téléphone de la maison : .....
- 2- N° de téléphone du père : .....
- 3- N° de téléphone de la mère : .....
- 4- Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement, éventuellement le tuteur :  
.....

En cas d'urgence, votre enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (médecin et ambulance sur place) 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.

À ..... le.....  
Signature des parents

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :

.....  
.....

NOM , adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

**NB** Si vous souhaitez transmettre des informations complémentaires, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du professeur d'EPS responsable de la sortie pédagogique