



**FICHE D'URGENCE**  
**CPGE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025**

(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à joindre au dossier d'inscription ou de réinscription)

CLASSE : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

**En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux par les moyens les plus rapides.**

**PÈRE / MÈRE (entourer)**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone portable : ..... Courriel : .....

**PÈRE / MÈRE (entourer)**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone portable : ..... Courriel : .....

**AUTRE RESPONSABLE**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone portable : ..... Courriel : .....

En cas d'urgence, un étudiant accidenté ou malade peut-être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Sa famille est immédiatement avertie par nos soins.

**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(s)

Le cas échéant, adresse personnelle de l'étudiant(e) pendant l'année scolaire :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Courriel .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Père / mère (entourer)                  Autre responsable (entourer)

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** (Etudiant mineur et étudiant majeur)

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant**

:.....  
.....  
.....

**Date du dernier rappel devaccin antitétanique :** .....

(Pour être efficace, cette vaccinationnécessite un rappel tous les 5 ans)

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)**

.....  
.....  
.....  
.....

**Si vous souhaitez communiquer des informations confidentielles (maladie chronique, allergies, ...) nécessitant la prise de médicaments, des aménagements spécifiques et/ou destraitements d'urgence, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement joignable au 01 41 87 20 21.**