



FICHE D'URGENCE MEDICALE 1 fiche par enfant

OBLIGATOIRE à rendre au secrétariat

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les parents le plus rapidement possible.

Nom de l'élève	En classe de :
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Code postal + Ville	

Père	Mère
Nom et Prénom	Nom et Prénom
Adresse	Adresse
Code postal + Ville	Code postal + Ville
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. travail :	Tél. travail :

Nom et téléphone d'autres personnes

Je(Nous) soussigné(s) Monsieur et/ou Madame.....autorise(ons) le Chef d'établissement ou toute personne mandatée par elle à faire donner à mon(notre) enfant, tous les soins que nécessiterait son état, y compris une anesthésie et une éventuelle intervention chirurgicale.

En cas de besoin, je(nous) prends(prenons) note qu'il sera transporté par les services de secours vers l'hôpital choisi par ces derniers.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Groupe sanguin :

Nom, adresse et tél. du médecin traitant :

Traitement médical particulier (allergies, traitement en cours...) :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :

A.....le.....

Signature du père

Signature de la mère

Formulaire à retourner au Secrétariat avant le 20 août.
Possibilité de télécharger sur le site de l'école www.mercier-st-paul.fr
email : ecole@mercier-st-paul.fr



MERCIER SAINT-PAUL
ETABLISSEMENT CATHOLIQUE
D'ENSEIGNEMENT SOUS CONTRAT

**Etablissement Catholique
d'Enseignement
Sous contrat d'association**

MERCIER ST PAUL
72 Rue Gambetta
78250 Meulan-en-Yvelines

Madame, Monsieur,

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement
- aux services médicaux d'urgence
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPRE, PAP, PPS...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPRE ou PAP ou PPS.

Pour ces données, vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A _____, le _____

Signature des parents