



Ecole Saint Joseph  
7, rue des Dolmens- La Madeleine  
44350 GUERANDE  
[stjoseph-lamadeleine@wanadoo.fr](mailto:stjoseph-lamadeleine@wanadoo.fr)

**Année 2018-2019**

En classe de .....

## FICHE D'URGENCE ET DE RENSEIGNEMENTS (RECTO/VERSO)

**Nom de l'ELEVE**..... Prénom : .....

Date de naissance..... Sexe F G

Lieu ..... Dépt. (en chiffres) ..... Nationalité .....

Adresse.....

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

Téléphone : ..... Liste rouge : OUI / NON

Ecole précédente si différente : ..... à .....

**Régime** : demi-pensionnaire – externe                      **Transport scolaire** : OUI – NON

**Accueil péri-scolaire** : Matin  OUI  NON Soir  OUI  NON

**Adresse(s) mail** : .....

.....

**accepte(nt) de recevoir des informations de l'école par mail.**

### AUTORITE PARENTALE

Nom et adresse du père :

.....  
.....



: .....



**Portable** : .....

Profession : .....

Employeur (Nom, adresse et téléphone) :

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

Nom et adresse de la mère :

.....  
.....



: .....



**Portable** : .....

Profession : .....

Employeur (Nom, adresse et téléphone) :

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

**Situation actuelle** :  mariés  pacsés  divorcés  vie commune  séparés  veuf(ve)  célibataire

- *Si remariés ou vie commune* - coordonnées du nouveau conjoint : Mr/Mme (Nom prénom) .....

Adresse : .....

- *Si divorcés ou séparés*, l'autorité parentale est-elle conjointe ?  OUI  NON

(Joindre un extrait de la décision de justice précisant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale si besoin)

### COMPOSITION DE LA FAMILLE (autres frères et sœurs)

Nom, prénom, date de naissance et situation actuelle

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

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Nous soussignés, Monsieur ..... et 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.

- Nom et téléphone d'une ou deux personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

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

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :.....

- Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'école (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :

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

***(Joindre les papiers du PAI (Projet d'Accueil Individualisé) si il y en a un de mis en place).***

- Nom adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

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

**Signature des parents :**