

● **Fiche d'urgence**

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : __/__/____ Téléphone : __/__/____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Formation :

Pour les mineurs, Nom et coordonnées complètes des parents ou du responsable légal.

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __/__/____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : __/__/____ Mail :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : __/__/____ Mail :

Centre de sécurité sociale : _____

N°Sécurité sociale /_____-/____

Mutuelle : _____

Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement et des services de secours le cas échéant : (allergies, antécédents médicaux...).....

Coordonnées du médecin traitant :

Derniers rappels de vaccination (en cas de prise en charge médicale d'urgence) :

BCG : __/__/____ DTP : __/__/____

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE – stagiaire mineurs

Nous soussignées, Madame, Monsieur :

Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille :

Au cas ou victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait le/...../....., A

Signature des parents ou du responsable légal :