

**INFORMATIONS ELEVE :**

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

Nom du médecin traitant : ..... Coordonnées médecin traitant : .....

Numéro Sécurité sociale de l'élève ou responsable légal : .....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

PAI mis en place : Entourez la réponse qui concerne votre enfant :      **OUI**      **NON**

**CONTACTS A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

**Responsable légal 1** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° téléphone portable : ..... Numéro de téléphone fixe : .....

**Responsable légal 2** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° téléphone portable : ..... Numéro de téléphone fixe.....

**Vous autorisez les autorités compétentes à prévenir ces autres contacts si vous (responsables légaux) êtes injoignables :**

**Autre Contact 1** : Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° téléphone portable : ..... Numéro de téléphone fixe.....

**Autre Contact 2** : Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° téléphone portable : ..... Numéro de téléphone fixe.....

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

*En fonction de la gravité de l'accident ou d'une évolution rapide d'une maladie aiguë qui a déclenché l'intervention des pompiers, votre enfant peut nécessiter d'une intervention chirurgicale. Si vous n'êtes pas joignable l'autorisation ci-dessous permettra aux médecins de pratiquer une intervention chirurgicale en urgence.*

*Je soussigné : responsable légal 1.....*

*Autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale de notre enfant .....*

*Si ce dernier est victime d'un accident grave ou d'une évolution rapide d'une maladie aiguë.*

**DATE ET SIGNATURE**