CLASSE : BTS 2E ANNEE

**NOM DE L’ÉLÈVE** : ……………………………………………………………………PRÉNOM DE L’ÉLÈVE : ………………………………….

Date de naissance : / / N° téléphone de l'élève : ……..........................

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**SECURITE SOCIALE** : numéro du représentant légal : ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ASSURANCE SCOLAIRE** : numéro de contrat : ……………………………………………………………………………………………….

Nom et adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Pour faciliter notre tâche, veuillez nous donner au moins un numéro de téléphone :

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du responsable 1**  | **Coordonnées du responsable 2** |
| Domicile ……………………………………………………………..…… | Domicile ……………………………………………………………………. |
| Portable …………………………………………………………………… | Portable ……………………………………………………………………. |
| Travail ……………………………………………………………………… | Travail ………………………………………………………………………. |
| **Autres** (précisez) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……………………………………

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de des secours (traitements en cours, précautions particulières à prendre) ……………………………………………………………………………………….

**MÉDECIN TRAITANT** :

NOM :………………………………………………………………………………………………….Téléphone : .............................

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AUTORISATION D’INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussigné-e(s), Monsieur et/ou Madame,…………………………………………………………….. Autorisons l’anesthésie de notre fils/fille…………………………………………………………………………………….classe de…………………………au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A………………………………………………………………………… Le

Signature des responsables légaux