

FICHE D'URGENCE

Coller ici une
Photo
de moins de 6 mois

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

NOM de l'élève : Prénom :

Qualité : Ext. D.P. Int. Apprenti

Classe : Date de naissance :

N° de sécurité Sociale de l'élève/...../...../...../...../...../.....

N° ☎ et adresse de l'assurance scolaire :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Père :

Mère :

Autre :

Courriel parents :

⇒ **En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.**

1. ☎ domicile parents :

2. ☎ domicile père : travail : Portable :

3. ☎ domicile mère : travail : Portable :

4. Nom et ☎ d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

5. Nom, adresse et ☎ du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement en cas d'urgence (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...).

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement. Tél infirmerie : 04 74 75 99 65

Projet d' Accueil Individualisé (PAI) en cas de maladie chronique nécessitant un traitement pendant le temps scolaire.

OUI NON

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP) :

⇒ **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 que s'il est accompagné d'un membre de sa famille. Les frais de consultation médicale, transport et pharmacie sont à la charge de la famille.**

Date :

Signatures : Des parents Du responsable légal De l'élève majeur