

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Nom de l'établissement _____ Année scolaire _____

NOM : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse du père ou du représentant légal : _____

Nom et adresse de la mère ou du représentant légal : _____

N° de Sécurité Sociale (INSEE) : _____ Clé : _____

Adresse du centre de sécurité sociale et Mutuelle : _____

Nom et adresse de l'assurance scolaire : _____

N° du contrat d'adhésion : _____

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 N° de téléphone du domicile _____
- 2 N° du travail du père _____ Portable _____
- 3 N° du travail de la mère _____ Portable _____
- 4 Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et/ou de venir chercher votre enfant _____

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 anti Diphthérie-Tétanos-Polio- (DTP-) : _____
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (existence d'une pathologie durable ; d'une allergie alimentaire ou médicamenteuse ; d'un traitement au long cours ; ou d'un handicap pouvant retentir sur la scolarité) :

Les **informations confidentielles** seront jointes dans une enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmier(e) de l'Education Nationale.

Nom, Adresse et N° de Téléphone du **Médecin Traitant** :

MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE