

## FICHE D'URGENCE

Ce document **non confidentiel** est à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

N'oubliez pas de signaler toute maladie, accident ou problème survenant au cours de l'année scolaire, ainsi que toute modification des coordonnées téléphoniques des responsables légaux.

### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Ou Pays : (pour les élèves nés(e)s à l'étranger) : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Numéro de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LEGAL 1

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  PERE  MERE  TUTEUR  DASS  AUTRE CAS

Adresse du responsable : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone employeur : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LEGAL 2

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  PERE  MERE  TUTEUR  DASS  AUTRE CAS

Adresse du responsable : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone employeur : \_\_\_\_\_

### EN CAS D'URGENCE

Après appel au 15 (le SAMU) un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Une photocopie de cette fiche d'urgence leur sera remise. La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

L'ETABLISSEMENT S'EFFORCE DE PREVENIR LA FAMILLE PAR LES MOYENS LES PLUS RAPIDES.  
VEUILLEZ FACILITER NOTRE TACHE EN NOUS DONNANT PLUSIEURS NUMEROS DE TELEPHONE

(dans l'ordre de priorité)

Nom/Prénom	Parenté	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone travail

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_

Observation particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précautions particulières à prendre :  
\_\_\_\_\_

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :  
\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour votre enfant (asthme, diabète, allergies alimentaires, prise de médicament régulière, autre pathologie nécessitant un traitement...)

OUI

NON

**DATE ET SIGNATURE DES RESPONSABLES LEGAUX :**