

# FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

(Non confidentielle )

Nom : .....

Classe :

Prénom : .....

Date de naissance : .....

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 :

Responsable légal :	Responsable légal :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° téléphone portable :	N° téléphone portable :
N° téléphone domicile :	N° téléphone domicile :
N° téléphone travail :                      Poste :	N° téléphone travail :                      Poste :
Lien avec l'élève : (Père, mère, etc. ...)	Lien avec l'élève : (Père, mère, etc....)

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

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.**

**VACCINATIONS** : Date du dernier rappel de vaccin DTPolio:.....

Il est obligatoire que votre enfant soit à jour de ses vaccins. Si, contre-indication aux vaccins, joindre un certificat médical.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement ( allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre.... ) :

.....

**Médecin traitant** : ( Nom et adresse )
**Au cours de la précédente année scolaire, votre enfant a-t-il bénéficié d'un :**PAI     oui     non    si oui, joindre une copiePAP     oui     non    si oui, joindre une copie.PPS     oui     non

Signature des parents :

EN CAS DE PROBLEME MEDICAL PARTICULIER ET/OU DE TRAITEMENT EN COURS VEUILLEZ LES SIGNALER (sous enveloppe) A L'ATTENTION DU MEDECIN SCOLAIRE OU DE L'INFIRMIER-ERE DE L'ETABLISSEMENT (précisez bien le nom de l'élève)