

**FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS\***

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|--|
| Nom :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Prénom :            |                                |  |
| Classe :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Date de naissance : |                                |  |
| L'élève est-il : Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                |  |
| Loisirs de l'élève :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                |  |
| Nom et adresse des parents ou du représentant légal :                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                |  |
| N° et adresse du centre de sécurité sociale :                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                |  |
| N° et adresse de l'assurance scolaire :                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                |  |
| 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 :                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                |  |
| <p>En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours et d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté après régulation du (centre 15) du Samu. La famille est immédiatement avertie par nos soins. <b>Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.</b></p> |                     |                                |  |
| Date du dernier rappel de <b>vaccin antitétanique</b> :                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                |  |
| <p>Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :</p> <p><b>N'hésitez pas à contacter l'infirmière Madame TROUBAT au 01.30.84.08.71.</b></p>                                                                   |                     |                                |  |
| <b>NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                |  |
| Fait le :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     | Signature du responsable légal |  |