|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FICHE D’URGENCEAnnée scolaire 2020/ 2021*Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire* | Photo |

Document F

NOM………………………………………………………Prénom……………………………………………………….

Né(e) le…………………….………….…………à.…………………………………... Classe …….……….………………………

**Nom et adresse des parents ou du représentant légal**………………………………………………..………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

…………………………………………………………………………………………………………………...………………………..

**N° et adresse du centre de sécurité sociale :**………………………………………………………...….……………………….

………………………………………………………………………………………………….……...………...………………………..

**N° et adresse de l’assurance scolaire :**……………………………………………………………….....………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………...………………………..

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 :

☎ domicile :………………………………………………………………...………..………...………………………..……...

☎ travail du père :………………………………….….Portable………………………………….………...………..………

☎ travail de la mère :………………………………….Portable………………………………….………...………..………

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**.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique**……………………………………………………………………………..

*(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel à 11-13 puis à 25 ans)*

**Observations particulières** que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l’établissement (allergies, traitement

en cours, précautions particulières à prendre…)……………………………………………………………...………..…….......

……………………………………………………………………….……………….……….……………………...………..…….....

………………………………………………………………………………………………….……...………...…...………..……....

………………………………………………………………………………………………….……...………..…...………..…….....

………………………………………………………………………………………………….……...………...…...………..……....

**NOM, adresse et du Médecin traitant**:…………………………..……………..……..…...……….………………………......

………………………………………………………………………………………………….……...………..…...………..…….....

………………………………………………………………………………………………….……...………..…...………..…….....

**N° de téléphone**………………………………………………………………………………………………….……...……….......

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du médecin scolaire de ou de l’infirmier de l’établissement.*