

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS *

Nom : Prénom : .

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N°de sécurité sociale:

N°de contrat 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 :

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 :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital de rattachement. 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 tous les 5 ans)

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...), adressez-vous à l'infirmerie ou contactez le service santé au 01.45.94.40.22.

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Il vous appartient en cours de scolarité d'indiquer toutes informations utiles, dans l'intérêt de la santé de votre enfant, au service infirmier (modifications téléphoniques, traitements, transfert hospitalier particulier). Contactez l'infirmière.*