

# FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....ANNÉE SCOLAIRE : .....

Nom : .....Prénom : .....

Classe : .....Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou responsable légal : .....

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

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

**En cas d'accident ou de malaise aigu, 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 **VALIDE**.**

### Responsable légal 1 :

Père  Mère  Autre :

Nom : .....

Prénom : .....

 domicile : .....

 travail : .....

 portable : .....

### Responsable légal 2 :

Père  Mère  Autre :

Nom : .....

Prénom : .....

 domicile : .....

 travail : .....

 portable : .....

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

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

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière scolaire.

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté (par le médecin régulateur du SAMU) 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 OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION A L'ECOLE

**Les élèves sont priés de joindre les photocopies des certificats de vaccinations suivantes ou le bon de vaccination :**

- Vaccin antitétanique (D.T.P ou D.T.C.P) : .....
- Vaccin contre la fièvre jaune : .....

Nom - Adresse - N° de téléphone du médecin traitant : .....

Signature du représentant légal :