

Fiche d'urgence à l'attention des parents

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

Année scolaire : 2022/2023

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Adresse du centre de sécurité sociale :

N° sécurité sociale :

Coordonnées de la mutuelle (facultatif) :

N° d'adhérent mutuelle :

Adresse de l'assurance scolaire :

N° d'adhérent assurance scolaire :

**En cas d'urgence, 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 :

Dans les situations d'urgence, et après régulation par le SAMU centre 15, votre enfant sera orienté vers l'établissement de santé le mieux adapté. Il sera évacué soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours soit par une équipe médicale SMUR.

La famille est immédiatement avertie par nos soins pour accompagner son enfant ou le rejoindre à l'hôpital (si vous ne pouvez pas le faire rapidement, prévoir un adulte susceptible de s'y rendre).

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Le transport sanitaire sera remboursé par la sécurité sociale et éventuellement la mutuelle.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

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

.....
.....
.....

Si votre enfant présente un problème de santé, désirez-vous la mise en place d'un P.A.I :

Si oui rapporter les documents (disponibles auprès de l'infirmière de l'établissement) remplis, signés et les médicaments avant les vacances de la Toussaint.

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

.....
.....

* Un double sera remis aux transports sanitaires

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