



FICHE D'URGENCE



FAX SAMU : 04 76 76 56 37

Nom : Prénom :
Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez nous indiquer ci-dessous vos différents numéros de téléphone et courriels :

	Père	Mère
Domicile		
Travail		
Portable		
Courriel		

Nom et numéro 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 vaccination Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite :
.....

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

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :
.....

Signatures : Père Mère Représentant légal

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.