

FICHE D'URGENCE MEDICALE*(A compléter par les parents) ****ANNEE SCOLAIRE : 2018 / 2019****NOM :** **PRENOM :****CLASSE :** **DATE DE NAISSANCE :****NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL :**

.....

.....

Nom, adresse et téléphone du correspondant (Obligatoire si interne) :

.....

.....

N° sécurité social :N° et adresse de l'assurance scolaire:

.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :/...../.....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

.....

.....

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 : Portable :

2. N° du travail du père : Poste :

3. N° du travail de la mère : Poste :

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

.....

* **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'attention du médecin ou de l'infirmier de l'établissement.