

Fiche d'urgence

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

Identité de l'élève

Nom : _____

Prénoms : _____

Numéro national : _____ Sexe (M ou F) : _____

Né(e) le : _____ à _____

Nationalité : _____

Scolarité de l'année en cours

MEF : _____ Division : _____

Régime : _____ Date entrée : _____

Scolarité de l'année précédente

MEF : _____

Etablissement : _____

Commune : _____

Date de fin de scolarité dans l'établissement : _____

Responsable légal 1

Nom : _____




Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

 dom. : _____  travail : _____  portable : _____**Responsable légal 2**

Nom : _____




Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

 dom. : _____  travail : _____  portable : _____**Personne à contacter**

Nom : _____




Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

 dom. : _____  travail : _____  portable : _____**Autres renseignements**

N° et adresse du centre de sécurité sociale : _____

N° et adresse de l'assurance scolaire : _____

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 ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : _____ (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

(poursuivre au verso si besoin)

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

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.