École XXXXXXXXX

Adresse

CODE POSTAL VILLE

🕿 00 00 00 00 00

**FICHE D’URGENCE A L’INTENTION DES PARENTS**

Année Scolaire 2023-2024

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | Prénom | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Classe |  | Date de naissance | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| NOM et adresse du ou des représentant(s) légal(aux) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° de Sécurité Sociale qui couvre l’enfant :** | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N° et adresse du centre de sécurité sociale :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° et adresse de l’assurance scolaire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

**Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🕿 domicile | |  | | | | |
| Père | 🕿 travail |  | | Poste : | 🕿 Portable |  |
| Mère | 🕿 travail |  | | Poste : | 🕿 Portable |  |
| Nom d’une personne susceptible de vous prévenir | | | | |  | |
| Lien avec la famille *(grands-parents, tante, oncle, cousin, voisin…)* | | |  | | 🕿 : | |

**En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital que s’il est accompagné de sa famille.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant bénéficie-t-il d’un PAI ?** | **OUI  NON** |
| Date du dernier rappel antitétanique |  |
| **Observations** particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre…) : | |
| 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'intention du médecin scolaire.*

École XXXXXXXXX

Adresse

CODE POSTAL VILLE

🕿 00 00 00 00 00

**FICHE D’URGENCE A L’INTENTION DES PARENTS**

Année Scolaire 2023-2024

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM |  | Prénom | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Classe |  | Date de naissance | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| NOM et adresse du ou des représentant(s) légal(aux) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° de Sécurité Sociale qui couvre l’enfant :** | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N° et adresse du centre de sécurité sociale :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° et adresse de l’assurance scolaire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

**Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🕿 domicile | |  | | | | |
| Père | 🕿 travail |  | | Poste : | 🕿 Portable |  |
| Mère | 🕿 travail |  | | Poste : | 🕿 Portable |  |
| Nom d’une personne susceptible de vous prévenir | | | | |  | |
| Lien avec la famille *(grands-parents, tante, oncle, cousin, voisin…)* | | |  | | 🕿 : | |

**En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital que s’il est accompagné de sa famille.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant bénéficie-t-il d’un PAI ?** | **OUI  NON** |
| Date du dernier rappel antitétanique |  |
| **Observations** particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre…) : | |
| 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'intention du médecin scolaire.*