



<b>NOM :</b>	<b>Année :</b>
<b>PRENOM :</b>	<b>Classe :</b>

### Fiche d'urgence non confidentielle

**Date de naissance :** ..... **Lieu :** .....

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

.....

**Adresse du centre de sécurité sociale :** .....

.....

**N° de Sécurité Sociale de l'élève :** .....

**N° et coordonnées de la mutuelle (facultatif) :** .....

.....

**N° et adresse de l'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 :** ..... **Poste :** ..... **N° Portable**.....

**Adresse mail :** .....

**3. N° du travail de la mère :** ..... **Poste :** ..... **N° Portable**.....

**Adresse mail :** .....

**4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :**

.....

**5. Nom et qualités des personnes autorisées à venir chercher votre enfant en cas de besoin**

.....

.....

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.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille

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

**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 ou l'école (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)\***

**Si vous souhaitez un Protocole d'Accueil Individualisé, pour maladie chronique (diabète, allergie ...), ou troubles spécifiques des apprentissages, vous devez faire une demande écrite auprès du médecin scolaire.**

.....

.....

.....

**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.**