

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

à remplir et à remettre à l'établissement

Nom de l'établissement LGT MAURICE ELIOT Année scolaire : 2023/2024

Nom : Prénom :
Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

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. 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 ou n° portable :

3. N° du travail de la mère : Poste ou n° portable :

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 (SAMU). 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 vaccin antitétanique :

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

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? OUI NON

Si son état de santé nécessite des soins, un traitement ou un aménagement sur le temps scolaire vous pouvez contacter le médecin scolaire dès la rentrée.

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : (facultatif).....

Date et signature

* 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 de l'infirmière Mme DA SILVA