

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Nom de l'établissement Année scolaire : 20 /20

Nom : Prénom :

Classe :

SECURITE SOCIALE DES PARENTS

Père : N° Sécurité Sociale : _____ Adresse du centre : _____

Mère: N° Sécurité Sociale : _____ Adresse du centre : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile :	Oui <input type="checkbox"/> Compagnie	Numéro de police d'assurance : _____
	Non <input type="checkbox"/> d'assurance: _____	
Individuelle Accident	Oui <input type="checkbox"/> Compagnie	Numéro de police d'assurance : _____
	Non <input type="checkbox"/> d'assurance: _____	

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. **Veillez faciliter notre tâche en nous donnant un ou plusieurs numéros de téléphone fixe et/ou mobile (pour chacun des parents en cas de séparation ou de divorce) et nous signaler tout changement en cours d'année.**

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.

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____
 Lien avec l'enfant : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

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, précautions particulières à prendre ...)

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