

## FICHE D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

N° et adresse du Centre de Sécurité Sociale

Numéro de sécurité sociale :

||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| |||

Quelle est votre assurance scolaire ?

- Mutuelle St Christophe
  - Autre mutuelle : Nom et adresse :

Et numéro : \_\_\_\_\_

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° Numéro du domicile :**

| | | | | | | | |

#### **2° Numéro du travail du père :**

|  |  |  |  |  |

### 3° Numéro du travail de la mère

4° Nom et numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services 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.

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 connaissance à de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre.....).

---

---

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

---

---

Signature des parents :

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.