

FICHE D'URGENCE DE RENTRÉE
(Non confidentielle)

Nom : Prénom :

Classe / Niveau : Date de naissance :

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 :

Responsable légal :	Responsable légal :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° téléphone portable :	N° téléphone portable :
N° téléphone domicile :	N° téléphone domicile :
N° téléphone travail : Poste :	N° téléphone travail : Poste :
Lien avec l'élève (Père, mère, etc..) :	Lien avec l'élève (Père, mère, etc....) :

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

VACCINATIONS : Date du dernier rappel de vaccin DT Polio.....

Il est obligatoire que votre enfant soit à jour de ses vaccins. Si, contre-indication aux vaccins, joindre un certificat médical.

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

.....

Médecin traitant : (Nom et adresse)

Au cours de la précédente année scolaire, votre enfant a-t-il bénéficié d'un:

- PAI oui non si oui, joindre une copie
- PAP oui non si oui, joindre une copie
- PPS oui non si oui, joindre une copie

Signature des parents :

EN CAS DE PROBLEME MEDICAL PARTICULIER ET/OU DE TRAITEMENT EN COURS VEUILLEZ LE SIGNALER (sous enveloppe) à L'ATTENTION DU MEDECIN SCOLAIRE OU DE L'INFIRMIERE DE L'ETABLISSEMENT (précisez le nom de l'élève)