

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