

# FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS\*

## RENTREE 2021

### ÉLÈVE

NOM et Prénom : .....

Niveau : ☐ 6<sup>ème</sup> ..... ☐ 5<sup>ème</sup> ..... ☐ 4<sup>ème</sup> ..... ☐ 3<sup>ème</sup> ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... ½ pensionnaire : ☐ Externe : ☐

### RESPONSABLES LÉGAUX

NOM ET PRÉNOM DU PERE : .....

ADRESSE DU PERE : .....

N° DE TELEPHONE DU PERE: DOMICILE : ..... TRAVAIL : ..... PORTABLE : .....

NOM ET PRÉNOM DE LA MERE : .....

ADRESSE DE LA MERE : .....

N° DE TELEPHONE DE LA MERE: DOMICILE : ..... TRAVAIL : ..... PORTABLE : .....

NOM ET PRÉNOM D'UNE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT : .....

N° DE TELEPHONE DE CETTE PERSONNE : DOMICILE : ..... TRAVAIL : ..... PORTABLE : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

NUMÉRO DE L'ASSURANCE SCOLAIRE : .....

ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Dans cette optique, **il est important que vous puissiez nous communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, par l'intermédiaire du secrétariat.**

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.

### SITUATION MÉDICALE

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

**Souhaitez-vous la mise en place d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ?** ☐ Oui ☐ Non - Si oui, nous vous engageons à prendre très rapidement contact avec notre équipe de santé (Mme Scaduto, infirmière scolaire)

**Souhaitez-vous la mise en place d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) ?** ☐ Oui ☐ Non - Si oui, nous vous engageons à prendre très rapidement contact avec notre équipe de santé (Mme Scaduto, infirmière scolaire)

☞ (IMPORTANT) DATE DU DERNIER RAPPEL DE VACCIN ANTITETANIQUE : .....

NOM, ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT : .....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT : .....

*\* Document non confidentiel à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des **informations confidentielles**, vous pouvez le faire sous **enveloppe fermée** à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.*