

**FICHE D'URGENCE\*- ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

(Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année)

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Date de naissance : ..... Sexe : .....  
Demi-pensionnaire :  Externe :  Interne :   
Nom et adresse des parents ou de représentant légal : .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....  
N° et adresse de la Mutuelle : .....

**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 :**

- 1 – N° de téléphone du domicile : .....
- 2 – N° de travail du père : .....
- 3 – N° de travail de la mère : .....
- 4 – Nom et n° de téléphone d'une personne que vous autorisez à venir chercher l'enfant en cas de besoin ou 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.

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....  
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

**N'oubliez pas de signaler** à l'établissement **toute** maladie, accident ou problème survenant au cours de l'année scolaire, ainsi que **toutes modifications des coordonnées téléphoniques des responsables légaux.**

\*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

Votre enfant bénéficie d'un PAI  oui  non

**Autorisation**

• **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital**, le mieux adapté.

• **Autorisation d'intervention chirurgicale**

Nous, soussigné, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il (elle) aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ..... le ..... **Signature** des parents

• **Problème de santé** (allergies, traitements en cours, précaution particulières à prendre...remarques...)

**Lunettes**

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :  
**en permanence**  ...ou... **en classe uniquement**