



Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Classe :

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

**Fiche d'urgence non confidentielle
 à remplir obligatoirement par les responsables légaux**

Nom et adresse des parents ou du responsable légal :
 N° de téléphone du domicile :
 N° de téléphone du travail du père : de la mère :
 N° de portable du père : de la mère :
 N° de téléphone et nom d'une personne à prévenir en cas d'indisponibilité de votre part :
 Nom et adresse du centre de sécurité sociale :
 N° de l'assuré ayant droit (**joindre la photocopie de l'attestation d'ouverture des droits**) :
 Nom et adresse de la mutuelle complémentaire ou de l'assurance scolaire :
 N° de sociétaire :

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

En cas d'urgence, et après régulation par le SAMU centre 15, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours, soit par une équipe médicale SMUR) vers l'établissement de santé le mieux adapté. Les responsables légaux sont immédiatement avisés par l'école ou l'établissement.
 Un double de ce document sera remis aux transports sanitaires lors de la prise en charge de l'enfant.

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre **sous enveloppe cachetée** à l'attention du médecin scolaire et / ou de l'infirmière scolaire. Ils vous contacteront pour vous proposer la mise en place éventuelle d'un P.A.I. (projet d'accueil individualisé).

N.B. : Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.

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

Nom et N° de téléphone de la personne que vous désignez dans ce cas particulier :

Date : **Signature des parents ou du responsable légal**

Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements ci-dessus.