**FICHE D’URGENCE A L’ATTENTION DES PARENTS \***

Nom : ………………………………………….…… Prénom : …………………………………

Né(e) le …… / …… / ……… à……………………………………… Sexe : M 🞎 F 🞎

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mère | Père |
| Nom & Prénom |  |   |
| Adresse |  | Si différente de celle de la mère : |
| Tél. domicile |  |  |
| Tél. portable |  |  |
| Tél. travail |  |  |
| **Personne susceptible de vous prévenir rapidement :**Nom & Prénom : …………………………….……………… 🕾 : ……………….………..…… |

En cas d’urgence pour un élève accidenté ou malade, les personnels de l’Education Nationale sont dans l’obligation d’appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d’évaluer la gravité de la

situation et de mobiliser l’ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou

ambulances privées ou SMUR). Il convient de leur faire confiance.

La famille est immédiatement avertie par l’établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital, qu’accompagné de sa famille.

|  |  |
| --- | --- |
| N° de sécurité sociale couvrant l’enfant  | ………………………………………………………………….…. |
| Nom et adresse du centre de sécurité sociale  |  CPAM 🞎 MGEN 🞎 Protection Universelle Maladie (PUMA) 🞎  autre 🞎 *CMU complémentaire* 🞎………………………………………………………………….……... |

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .… / …. / .… (Cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement

PAI 🞎 allergies 🞎 asthme 🞎 traitements en cours 🞎 précautions particulières à prendre 🞎 ……………………………………………………………………………………………………..………….

……………………………………………………………………………………………………..………….

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : ……………………………………..………………

………………………………………………………………………………………………..……………….

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’attention du

médecin ou de l’infirmière de l’établissement.