

**Fiche d'urgence à l'attention des parents
 A retourner à l'établissement
 Document non confidentiel**

Nom de l'établissement.....	Année scolaire.....
-----------------------------	---------------------

Nom :	Prénom :
Classe :	Date de naissance :
Nom et adresse des parents ou représentant légal :	
.....Adresse du centre de sécurité sociale :	
.....Adresse de l'assurance scolaire :	

***En cas d'accident ou de malaise aigu, L'infirmière ou le chef d'établissement appelle le SAMU : 15
 L'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.***

<u>Responsable légal 1 :</u> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Nom : Prénom :  domicile :  travail :  portable :	<u>Responsable légal 2 :</u> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Nom : Prénom :  domicile :  travail :  portable :
Nom et n° de téléphone d'une personne 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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné du représentant légal.

- ❖ Date du dernier vaccin antitétanique (DTCP) :
- ❖ Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI NON
- ❖ Votre enfant bénéficie-t-il d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) : OUI NON
- ❖ Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) : OUI NON

Nom – Adresse – N° de téléphone du médecin traitant :
Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) Pour toutes informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée, à l'attention de l'infirmière de l'Education nationale :