

# FICHE D'URGENCE

## Réinscription

(Transmise aux services de secours en cas d'évacuation)

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

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

N° et adresse de la mutuelle complémentaire: .....

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

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° du travail du **père** : ..... Poste : ..... **Portable** : .....

3. N° du travail de la **mère** : ..... Poste : ..... **Portable** : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

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

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.

Vu et pris connaissance, ..... à ..... , le .....

Signature des parents ou responsables légaux

**L'élève bénéficiaire :**

- d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé): OUI  NON

Si OUI : - Préciser la problématique: .....

- **Joindre une copie**

- d'un **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation) : OUI  NON

Si OUI, préciser le handicap:

.....  
.....  
.....

- d'un **PAP** (Projet d'Accompagnement Personnalisé) : OUI  NON

\*\*\*\*\*

**REACTIONS ALLERGIQUES :** OUI  NON

Si OUI :- préciser :  **Alimentaire**  
 Respiratoire  
 Cutanée  
 Autre : .....

- Préciser l'allergène : .....

**Informations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :**

(Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.)

.....  
.....  
.....  
.....

\*\*\*\*\*

Date du dernier **vaccin DTP** : .....

\*\*\*\*\*

**Tout traitement** à prendre sur le temps scolaire est à déposer à l'infirmier dans une pochette nominative avec une photocopie de l'ordonnance.

Pour **rappel** il est interdit de conserver des médicaments sur soi.