

FICHE MÉDICALE D'URGENCE (document NON CONFIDENTIEL)

NOM de l'ÉLÈVE :

Prénom :

Classe :

Date de naissance : __ / __ / ____

1- NOM et adresse complète du **Responsable légal 1** : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

.....

Téléphone : Travail : ____ | Portable : ____ | Domicile : ____

*Veuillez faciliter notre tâche en nous fournissant **TOUS** les numéros disponibles.
Merci également de nous avertir en cas de modification durant l'année scolaire.*

2- NOM et adresse complète du **Responsable légal 2** : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

.....

Téléphone : Travail : ____ | Portable : ____ | Domicile : ____

3- NOM et adresse complète d'un **autre correspondant** susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Téléphone : Travail : ____ | Portable : ____ | Domicile : ____

4- NOM et adresse complète du **MÉDECIN TRAITANT** :

.....

Téléphone du cabinet médical : ____

5- Centre de sécurité sociale : _____

N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _

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.

Observations particulières (PAI, PAP, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, ...) :

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez transmettre au service infirmier de l'établissement des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée portant le NOM de l'élève

Fait le/...../20...

Signature des responsables légaux :