

**FICHE D'URGENCE (NON Confidentielle)**

**Classe :** .....

Externe –  Demi-pensionnaire –  Interne (préciser si interne dans un autre établissement.....)

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**Représentant légal 1 - NOM :** .....

**Représentant légal 2 – NOM :** .....

**Adresse**.....

**Adresse**.....

domicile : .....

domicile : .....

travail : .....

travail : .....

portable : .....

portable : .....

**Adresse électronique :** .....

**Adresse électronique :** .....

**Nom de la sécurité sociale (CPAM, MSA, MGEN...) et N° de sécurité sociale :** .....

**Nom de la sécurité sociale (CPAM, MSA, MGEN...) et N° de sécurité sociale :** .....

**Nom et n° de la complémentaire santé :** .....

**Nom et n° de la complémentaire santé :** .....

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

**Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum un numéro de téléphone :**

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

*Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec sa famille. Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transports...) seront réglés par la famille et pris en charge par la sécurité sociale si prescription médicale.*

- **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DT Polio):** .....

- **Date vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole : 1ère injection** ..... **Rappel**.....

NOM, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant :

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l'établissement** et des services d'urgence : **allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...**

Vous souhaitez transmettre des **informations confidentielles** : vous pouvez le faire, **sous enveloppe**, à l'attention de l'infirmier-ère ou du médecin de l'éducation nationale.

*Si votre enfant est atteint d'une maladie chronique susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie dans l'établissement, il doit bénéficier de la mise en place (ou du renouvellement) d'un PAI (Projet d'accueil individualisé).*

▶ **Élève bénéficiant d'un PAI (projet d'accueil individualisé) l'année précédente :** **OUI**  **NON**

▶ **Élève ayant besoin d'un PAI cette année (renouvellement ou mise en place) :** **OUI**  **NON**

**Signature(s) du ou des représentants légaux :**