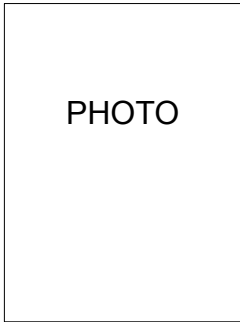


**FICHE D'URGENCE**

(A remplir obligatoirement par les familles à chaque début d'année scolaire)

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Classe : \_\_\_\_\_  
 Régime : \_\_\_\_\_



*(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL)*

Téléphone  
 03.24.33.21.65  
 Fax  
 03.24.59.91.01

Mél  
 0080006N@ac-reims.fr  
 13, rue Delvincourt  
 08000 CHARLEVILLE-  
 MEZIERES

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....  
 .....  
 N° de sécurité sociale : .....  
 Adresse du centre de sécurité sociale : .....  
 .....  
 N° de police d'assurance scolaire : .....  
 Nom et adresse de l'assurance scolaire : .....

→ En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

<b><u>Responsable 1</u></b>	<b><u>Responsable 2</u></b>
NOM – Prénom : _____	_____
Tél. fixe : _____	_____
Tél. portable : _____	_____
Adresse : _____	_____
_____	_____

→ 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, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :**

.....  
 (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

→ Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....  
 .....

A le  
Signature du responsable,

**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.