

## FICHE D'URGENCE

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

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Date de naissance : .....

### PERSONNES A CONTACTER

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 :

N° de téléphone du domicile .....  
N° de portable du père : ..... N° du travail du père : .....  
N° de portable de la mère : ..... N° du travail de la mère : .....  
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'accompagné de sa famille.

### DOSSIER SANTE

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....

N° sécurité sociale : .....

Nom et adresse de l'assurance scolaire : contrat n°208 500 516 460 87  
Mutuelle Saint Christophe – 277, rue Saint Jacques 75256 Paris Cedex 05

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant. **DEMANDE DE PAI : Oui**  **Non**

Allergies alimentaires et médicamenteuses : .....

Autres problèmes de santé : (asthme, etc.....) : .....

Port de lunettes : en permanence  en classe seulement

Port de prothèses auditives : en permanence  en classe seulement

Contre-indications médicales : .....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DT Polio) : .....  
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

### DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons Mme Laëticia BOUDET, ou en son absence, l'adjointe ayant délégation, à prendre, **en cas d'urgence**, toutes décisions de **transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes** par le médecin appelé.

La présente autorisation vaut pour mon enfant ..... mais **seulement en cas d'impossibilité de nous joindre**.

A ..... Le .....

Signature des parents :