**FICHE D’URGENCE Année Scolaire 2024-2025**

****

Photo

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 l'assurance scolaire : | |
| 🗆 Interne 🗆 Externe 🗆 Demi-pensionnaire  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*** : | |
| 1. N° de téléphone du domicile : |  |
| 2. N° du travail du père : | Poste : |
| 3. N° du travail de la mère : | Poste : |
| 4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :    5. Pour les internes : Nom et N° d’un correspondant obligatoire à Gap ………………………………….………………………………………………………………………… | |
| 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.*** | |
|  |  |
| Date du dernier rappel de ***vaccin antitétanique*** : | |
| Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) | |
|  | |
| ***NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant* :** | |

*\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*   
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement