

# Fiche d'urgence à l'attention des étudiants

Document non confidentiel

|                                                                       |  |                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Nom de l'établissement scolaire .....                                 |  | Année scolaire.....       |  |
| Nom: .....                                                            |  | Prénom : .....            |  |
| Classe : .....                                                        |  | Date de naissance : ..... |  |
| Nom et adresse des parents ou du représentant légal<br>.....<br>..... |  |                           |  |
| Numéro de sécurité sociale :<br>.....<br>.....                        |  |                           |  |
| N° et adresse de l'assurance scolaire : .....                         |  |                           |  |

***En cas d'accident ou de malaise aigu, le chef d'établissement appelle le SAMU 15  
Il s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.***

|                                                                                                   |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Représentant légal 1 :</b><br><br>Père      Mère      Autre .....                              | <b>Représentant légal 2 :</b><br><br>Père      Mère      Autre .....                         |
| Nom : .....<br>Prénom : .....<br>☎ domicile : .....<br>☎ travail : .....<br>📞 portable: .....     | Nom : .....<br>Prénom : .....<br>☎ domicile : .....<br>☎ travail: .....<br>📞 portable: ..... |
| Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :<br>.....<br>..... |                                                                                              |

***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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné d'un responsable légal.***

❖ Date du dernier Vaccin antitétanique:.....

***Joindre une photocopie des pages des vaccinations.***

❖ Votre enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**:    OUI            NON

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du chef d'établissement.

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Nom et N° de téléphone du médecin traitant :<br>.....<br>.....<br>..... |
|-------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières...). Pour toutes informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée, à l'attention de l'infirmière scolaire ou par mail sur <a href="mailto:bfranklin.infirmierie@ac-orleans-tours.fr">bfranklin.infirmierie@ac-orleans-tours.fr</a><br>.....<br>.....<br>..... |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Signature des étudiants ou des représentants légaux :<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|