

ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023



Rue des collèges-72230 ARNAGE
02.43.21.10.17 – ce.0720003m@ac-nantes.fr
Site internet : <https://chappe.paysdelaloire.e-lyco.fr/>

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

NOM : PRENOMS :
NE(E) LE : A : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL :

.....
.....
.....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE :

.....
.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE L'ELEVE : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __
(Et non celui des parents) figurant sur l'attestation de droits à l'assurance maladie.

NOM ET ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

.....
.....
.....

NUMERO D'ASSURANCE SCOLAIRE :

.....

EN CAS D'ACCIDENT : l'établissement prévient la famille par les moyens les plus rapides.
Il faut impérativement indiquer les numéros de téléphone sur la liste suivante :

1) ☎ du domicile :

2) ☎ portable père :

3) ☎ portable mère :

4) ☎ travail père :

5) ☎ travail mère :

6) ☎ d'une autre personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : PRENOM :

Lien : Famille Amis

EN CAS D'URGENCE : un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté.

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital ou d'un autre centre de soins que accompagné de ses parents ou d'un adulte responsable.

* **OBSERVATIONS PARTICULIERES** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'infirmière :

- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (ex : diabète....)
- Plan d'Accueil Personnalisé (PAP) (ex : dyslexie.....)
- Maladies
- Allergies

* **TRAITEMENTS MEDICAUX** (les médicaments personnels seront présentés à l'infirmière avec une copie de l'ordonnance) :

.....
.....
.....
.....
.....

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS

- **Le vaccin antitétanique (DTP) doit être à jour obligatoirement pour les élèves qui travaillent dans les ateliers.**

Les élèves de secondes travaillant en ateliers seront soumis à une visite médicale obligatoire faite par le Médecin scolaire de l'Education Nationale.

NOM DU MEDECIN TRAITANT.....

ADRESSE :

.....

☎ :

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL**. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière ou du Médecin Scolaire de l'établissement.

A..... le
Signature