

TRANSMISE AUX SERVICE D'URGENCE EN CAS D'EVACUATION (15)

Nom : Prénom :

Classe : .. Date de naissance :

Nom des parents ou du responsable légal :

Adresse :

N° de sécurité sociale et adresse du Centre de sécurité sociale :

Assurance scolaire : nom de l'assurance

N° de contrat:

N° de téléphone :

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 : N° de portable

2 - N° du travail du père Poste :

3 - N° du travail de la mère : Poste :

4 - Nom et 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 ou pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur.**

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et sur les consignes des services d'aide médicale d'urgence (15), le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

IMPORTANT: Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre)

Nom, adresse et n° de téléphone du Médecin traitant :

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmerie de l'établissement.