

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Nom de l'établissement : LP André CAMPA

Année scolaire : 2025/2026

NOM :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Régime : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

NOM et adresse du représentant légal 1 :

NOM et adresse du représentant légal 2 :

Renseignements indispensables en cas d'accident nécessitant le départ vers les services d'urgence ou de soins :

- Copie de l'attestation de sécurité sociale de l'élève à télécharger sur votre compte de sécurité sociale

Nom de la caisse de sécurité sociale :

Adresse complète : code postal/ville :

N°, nom et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.

1. N° du domicile.....

2. N° de tél du père : Travail :

3. N° de tél de la mère : Travail :

4. Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et lien avec la famille :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours 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 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 :

PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS :

☐

J'autorise l'établissement à prévenir les secours en cas d'urgence afin que mon enfant soit pris en charge

Signature des parents :