

**Fiche d'urgence** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

### Identité de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Numéro national : \_\_\_\_\_ Sexe (M ou F) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_




### Scolarité de l'année en cours

MEF : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_  
Régime : \_\_\_\_\_ Date entrée : \_\_\_\_\_




### Scolarité de l'année précédente

MEF : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Date de fin de scolarité dans l'établissement : \_\_\_\_\_




### Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Personne à contacter

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Autres renseignements

N° et adresse du centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
N° et adresse de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

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 de l'établissement.

### Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_\_ (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)  
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(poursuivre au verso si besoin)  
NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI  NON

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.