### 

**FICHE D’URGENCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’école …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | Année scolaire : …………………………………………………… |
| **Élève** : | |  |
| Nom : **……………………………………………………………………………………………………………………………………** | Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Classe : **……………………………………………………………………………………………………………………………………** | Date de naissance : …………………………………………………………………………………… | |
|  |  | |
| Identité des représentants légaux : Représentant légal n°1  Nom, prénom : **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  Téléphone portable : **…………………………………………………………………………………………………………………………………… -** Téléphone travail : **……………………………………………………………………………………………………………………………………**  Profession : **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | |
| Représentant légal n°2  Nom, prénom : **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  Téléphone portable : **…………………………………………………………………………………………………………………………………… -** Téléphone travail : **……………………………………………………………………………………………………………………………………**  Profession : **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | |

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant** :

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

En cas d’accident, après avoir prévenu les services d’urgences, 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 :

*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.*

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui (merci de préciser) | Non |
| Allergie |  |  |
| Problèmes de santé éventuels |  |  |
| Autres |  |  |

Signature du représentant légal 1 : Signature du représentant légal 2 :