

# FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS(\*)



collège  
Le Haut Gesvres

académie  
Nantes



Yves NOËL  
Principal

Florence VERBAERE  
Infirmière  
YN/FV/DPI/2022-2023

10 rue Simone de Beauvoir  
44119 TREILLIERES

Téléphone  
02.28.07.92.92  
Fax  
02.28.07.92.93  
Mél  
ce.0442418P  
@ac-nantes.fr

Site web  
<http://hautgesvres-treillieres.loire-atlantique.e-lyco.fr/>

NOM : ..... PRENOM : .....

Classe en 2023-2024 :  6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup> Date de Naissance : .....

NOM – PRENOM – ADRESSE DES PARENTS OU DES REPRESENTANTS LEGAUX :

Nom – Prénom : .....  Père  Mère  RL

N° de téléphone – fixe : ..... portable : .....

N° de téléphone au travail : ..... n° de poste : .....

Nom – Prénom : .....  Père  Mère  RL

N° de téléphone - fixe : ..... portable : .....

N° de téléphone au travail : ..... n° de poste : .....

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : .....

NOM ET ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE : .....

N° DE L'ASSURANCE SCOLAIRE : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en complétant les rubriques ci-dessous :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement (si les parents sont injoignables) :

(coordonnées : Nom et adresse de cette personne – lien de parenté)

En cas d'urgence, un élève malade ou accidenté 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.

En cas d'impossibilité de contacter la famille (ou le responsable légal) il pourra être engagé des moyens de transports à la charge des parents.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Nouveau schéma : 3 injections à 2-4-11 mois, rappel à 6 ans - 11/13 ans – 25 ans).

DATES DES DEUX INJECTIONS DU R.O.R. (ROUGEOLE, OREILLONS, RUBEOLE) : .....

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

NOM, ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : .....

P.A.I. (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) : OUI  NON

P.A.P. (PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISE) : OUI  NON

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE L'AN PASSE : .....

Signature des parents ou du représentant légal - à.....le.....

(\*) DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

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, ou, prendre rendez-vous.