
FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Elève :

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance : / /

Nom de l'établissement : École Eugène Allanic

Année Scolaire : 2020/2021

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.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. 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.

Afin de nous aider, prière de remplir ces quelques informations :

- **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :**

/ / (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).

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

Allergies :

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non

Précautions particulières à prendre (lors de soins).....

Autres : (ex : PAI)

- **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

.....

Tel :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie d'assurance :

Adresse : N° police :

Responsabilité civile :

Oui ☐ Non ☐

Individuelle Accident :

Oui ☐ Non ☐

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Elève :

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance : / /

Nom de l'établissement : École Eugène Allanic

Année Scolaire : 2020/2021

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.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. 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.

Afin de nous aider, prière de remplir ces quelques informations :

- **Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :**

/ / (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).

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

Allergies :

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non

Précautions particulières à prendre (lors de soins)

Autres : (ex : PAI)

.....
.....

- **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

.....

Tel :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie d'assurance :

Adresse : N° police :

Responsabilité civile :

Oui ☐ Non ☐

Individuelle Accident :

Oui ☐ Non ☐
