



FICHE D'URGENCE CENTRE AERE

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance + Classe :

N° de sécurité sociale :

Responsable(s) de l'enfant :

Parent 1 :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Adresse mail :

Parent 2 :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Adresse mail :

Garde de l'enfant : Conjointe / Mère / Père / Garde partagée / Autre, précisez :

Autres personnes habilités à venir chercher l'enfant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Lien avec l'enfant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Lien avec l'enfant :

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

1) N° de travail du père :

2) N° de travail de la mère :

3) N° d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Date du dernier 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, traitements en cours, précautions particulières à prendre,...).

.....

Eviction alimentaire :

L'enfant est-il porteur d'un P.A.I. : Oui / Non

Si oui, joindre le document du médecin.

Nom et adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

.....

En cas d'urgence : l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers les urgences. La famille est immédiatement avertie par nos soins. L'élève ne peut sortir de l'hôpital uniquement en étant accompagné de sa famille.

Autorisation du représentant légal pour le transport de l'élève vers les urgences par les services de secours :

Oui ou Non

N° de l'assurance Responsabilité civile :

Adresse de l'assurance:

Date :

Signature des parents ou du représentant légal de l'élève :