

## FICHE D'URGENCE À L'ATTENTION DES PARENTS

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir **obligatoirement** 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'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

**Nom de l'établissement :** Lycée Louis Armand

**Année scolaire :** 2020/2021

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

N° et adresse 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 nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....
2. N° de portable du père : ..... de la mère : .....
3. N° du travail du père : ..... Poste : .....
4. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....
5. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....  
.....

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.

### LES FRAIS ENGAGÉS SONT A LA CHARGE DES FAMILLES ET NON DE L'ÉTABLISSEMENT.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

..... (pour information, le calendrier vaccinal a été modifié depuis 2013 ; si votre enfant a reçu son dernier rappel entre 11 et 13 ans, son prochain rappel se fera à l'âge de 25 ans).

MERCI D'APPORTER LE CARNET DE SANTE OU PHOTOCOPIE DES VACCINS LE JOUR DES INSCRIPTIONS.

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 téléphone du médecin traitant :**

.....  
.....