

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS*

À remplir entièrement et à remettre à l'établissement

Une copie de ce document sera transmise aux services de secours en cas de besoin

Nom de l'établissement : **CLG G. PHILIPPE**

Année scolaire : **2025-2026**

Nom : Prénom :

Niveau (rentrée 2025-2026) : Date de naissance :/...../.....

Demi-pensionnaire : oui non Sexe : M F

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 :

(Si changement de numéro, merci de nous le faire connaître **le plus rapidement possible**)

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail ou portable du parent 1 :

3. N° du travail ou portable du parent 2 :

4. 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 (SAMU) vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital sans être accompagné de sa famille.

Date du dernier vaccin antitétanique (DTP) :/...../.....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite, dès l'âge d'un an, un **rappel tous les 5 ans jusqu'à 13 ans**)

(Noms commerciaux : REPEVAX / REVAXIS / TETRAVAC / BOOSTRIX / INFANRIX)

Date des deux injections du vaccin ROR : n°1 :/...../..... n°2 :/...../.....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite **2 injections** - Noms commerciaux : PRIORIX / RVAXPRO)

Observations particulières à porter à la connaissance de l'établissement (Maladies chroniques, PAI, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? OUI NON

Si oui, son état nécessite-t-il des soins ou un aménagement sur le temps scolaire ? OUI NON

Si oui, **merci de contacter l'infirmière du collège dès que possible**

Par téléphone : 01-69-76-51-00 / **par mail** : infirmiere.g.philippe@gmail.com

NOM et n° de téléphone du médecin traitant : (facultatif).....

Date et signature

* **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.