Ecole élémentaire publique, 76 rue de Chantabeau, 69360 SOLAIZE - ☎ 04.78.02.87.86
Courriel: ce.0692833e@ac-lyon.fr
Site Web : http://ecoledesolaize.eklablog.com/

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS 2018-2019

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 scolaire ou de l'infirmière scolaire.

Etablissement :	**Année scolaire :**	**Classe :**
Ecole élémentaire publique 76 rue de Chantabeau, 69360 SOLAIZE ☎ 04.78.02.87.86 Courriel: ce.0692833e@ac-lyon.fr	2018 - 2019	
	Enseignant :	

Nom : ……... **Prénom** : …… **Né(e) le:** ___/___/_____

Nom et adresse des parents (préciser père et mère en cas de parents séparés) ou du représentant légal :

Adresse 1 :……

……

Adresse 2 (*s'il y a lieu*) :……

……

N° sécurité sociale du représentant légal et adresse du centre de sécurité sociale :

I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I__I__I__I__I /I__I__I

Nom et adresse du centre de S.S. : ……

N° de police et adresse de l'assurance scolaire
(veuillez vérifier qu'elle couvre l'année scolaire ; si ce n'est pas le cas, pensez à nous fournir la nouvelle assurance en janvier):
N° :……Assureur :……

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 («écrire de manière lisible pour gagner en efficacité) :

1. N° de téléphone du domicile : I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I

2. N° du travail (ou mobile) du père : I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I Poste : ……

3. N° du travail (ou mobile) de la mère : I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I Poste : ……

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom de la personne: ……. Tél: I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I

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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : I__I__I /I__I__I /I__I__I__I__I
(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 et des urgences (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, PAI à l'école …) :
……
……
……
……
……

Coordonnées du médecin traitant :
Nom : ……
Adresse: ……
N° de téléphone : I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I /I__I__I