

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom de l'établissement : ..... Année scolaire : .....

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 ou de problème médical, l'établissement s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **deux numéros de téléphone** :

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

1) **En cas d'urgence, après appel aux 112**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté. **La famille est immédiatement avertie par l'école.** Le médecin demandera systématiquement à la famille d'un élève mineur une autorisation de soins.

2) **En cas d'urgence, après appel aux 112**, si l'état de santé ne nécessite pas de transfert vers une structure hospitalière, j'autorise le directeur à suivre les prescriptions du médecin régulateur  
 oui  non

**Rappel : un élève mineur ne peut sortir du centre de soins qu'accompagné de sa famille.**

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, traitement en cours, précautions particulières à prendre...) .....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

A ....., le .....

Signature des parents,