

529 Chemin de la Madrague Ville  
13326 MARSEILLE cedex 15  
Tél. : 04.91.09.69 00 Fax :  
04.86.94.01.19

**FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS\***

NOM : ..... PRENOM : .....

CLASSE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

.....

N° et adresse du Centre de sécurité sociale pour les étudiants mineurs : .....

.....

.....

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° du domicile : .....

2- N° du travail du père : ..... Poste : .....

3- N° du travail de ma mère : ..... Poste : .....

4- Nom et N° 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 uniquement 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 jugez 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 : .....

.....

.....

Avez-vous bénéficié d'un PAI l'année scolaire précédente ? Oui / \_\_\_ / Non / \_\_\_ /

\*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 une enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Joindre à ce document :

La photocopie des certificats de vaccination (DT POLIO OBLIGATOIRE datant de moins de 5 ans) agrafée au dos de la fiche.