

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES RESPONSABLES LEGAUX *

* 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 de l'infirmière de l'établissement.

Nom de l'établissement : LYCEE LEONARD DE VINCI

Année scolaire : 2024-2025

Nom : Prénom :
Classe : Date de naissance :

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

- ⇒ En cas d'urgence pour un élève accidenté ou malade, les personnels de l'Education Nationale sont dans l'obligation d'appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou ambulances privées ou SMUR). Il convient de leur faire confiance.
- ⇒ La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire.
- ⇒ Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.
- ⇒ Le transport sanitaire sera remboursé par la sécurité sociale et éventuellement la mutuelle.

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° du travail du responsable légal 1 : Portable :
3. N° du travail du responsable légal 2 : Portable :
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 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 :

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 :
.....