

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS

Document non confidentiel à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.

**EXEMPLAIRE
VIE SCOLAIRE**

Nom de l'établissement : LPO SAINT-LAURENT IV - Année scolaire : 2025-2026

Nom de l'élève : _____ Prénom(s) : _____

Classe : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

L'élève a-t-il des enfants ? Non ☐ - Oui ☐ (Combien ? _____)

Nom et prénom des parents ou du représentant légal : _____

Adresse complète : _____

N° de SS : _____ N° d'assurance : _____ (Obligatoire)

En cas d'incident, 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 :

Père : _____ Mère : _____

Domicile : _____ Domicile : _____

Travail : _____ Travail : _____

Nom et N° d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____

► Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement

(allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...) : _____

► Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire.

► En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté (par le médecin régulateur du SAMU) 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.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION A L'ECOLE

Les élèves sont priés de joindre les photocopies des certificats de vaccinations suivantes :
(Copie du carnet de santé, copie du carnet de vaccination).

✧ Vaccin antitétanique : DTP, REVAXIS, TETRAVAC... (rappel tous les 5 ans) DATE : ____ / ____ / ____

✧ Vaccin contre la fièvre jaune : (un rappel tous les 10 ans) DATE : ____ / ____ / ____

✧ Test tuberculinique : BCG et/ou IDR (fortement recommandé) DATE : ____ / ____ / ____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : _____
