

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom : **Prénom :****Classe :****Régime :** INT

DP

EXT

Date de Naissance : **Lieu de naissance :****Numéro de portable de l'élève (facultatif) :****Personnes à prévenir :**

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél Travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Email :	Email :	Email :

Adresse de l'élève si différente :**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :****Observations particulières** que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :**Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :****Joindre une photocopie des vaccinations****En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.****Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.
Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.**

A , le

Signature d'un représentant légal :