académie Poitiers
direction des services départementaux de l'éducation nationale Deux-Sèvres
éducation nationale

Direction des services départementaux de l'éducation nationale des Deux Sèvres

Identité de l'établissement / école
Collège Philippe de Commynes
10, Rue de Massujat
79000 NIORT
Tél. 05 49 24 36 51 - Fax 05 49 77 09 81
Email : ce.0790703k@ac-poitiers.fr

Année scolaire 2018-2019

FICHE D'URGENCE (NON Confidentielle)

Classe : .....

☐ **Externe** - ☐ **Demi-pensionnaire** - ☐ **Interne** (préciser si interne dans un autre établissement.....)

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance :.....
Adresse : .....
Adresse électronique du représentant légal : .....@.....

Nom du représentant légal : .....

Nom de la sécurité sociale (CPAM, MSA, MGEN...) N° de sécurité sociale (parents ou élève) :
.....

Nom et n° de la complémentaire santé : .....

En cas d'urgence, 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 :

☏ domicile : .....
☏ travail représentant légal 1 .....☏ portable représentant légal 1 : .....
☏ travail représentant légal 2 .....☏ portable représentant légal 2 : .....
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'avec sa famille.
Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transports...) seront réglés par la famille et pris en charge par la sécurité sociale si prescription médicale.

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DT Polio) :.....
- Date(s) vaccinations Rougeole, Oreillons, Rubéole : 1ère injection :..... Rappel :.....
NOM, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant :
.....
Observations particulières que vous jugerez **utiles de porter à la connaissance de l'établissement et des services d'urgence :** ***allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...***
.....
.....
.....
Vous souhaitez transmettre des informations confidentielles : vous pouvez le faire, sous enveloppe, à l'attention de l'infirmière ou du médecin de l'éducation nationale.

Si votre enfant est atteint d'une maladie chronique susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie dans l'établissement, il doit bénéficier de la mise en place (ou du renouvellement) d'un PAI (Projet d'accueil individualisé).

▶ **Elève bénéficiant d'un PAI (projet d'accueil individualisé) l'année précédente : OUI ☐ NON ☐**
▶ **Elève ayant besoin d'un PAI cette année (renouvellement ou mise en place) : OUI ☐ NON ☐**

Signature du représentant légal :