



COLLEGE J.Y. COUSTEAU
60600 – BREUIL LE VERT

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021
CLASSE :

PHOTO
OBLIGATOIRE
A COLLER A CET
EMPLACEMENT

FICHE D'URGENCE

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 du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

NOM DE L'ELEVE : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom et adresse des Responsables légaux :
.....
.....

N° SECURITE SOCIALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du Centre de Sécurité Sociale

N° et adresse de l'Assurance Scolaire :

OBSERVATIONS PARTICULIERES que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'Etablissement :
(allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, maladies particulières...)
.....
.....

Votre enfant nécessite-t-il une prise de médicaments sur le temps scolaire ?

OUI NON

Si oui, veuillez fournir un certificat médical spécifiant la nécessité du traitement sur le temps scolaire et la posologie (règlement intérieur du Collège COUSTEAU)

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 :

N° de téléphone du domicile :

N° de téléphone portable du Père : Mère :

N° du travail du Père : Poste :

N° du travail de la Mère : Poste :

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

N° de téléphone : N° téléphone portable :

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 (Article L 111-4 du Code de la Santé Publique). Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Tournez SVP →

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Nom et adresse du médecin traitant :
.....

N° de téléphone :

Nom et adresse complète du ou des établissement(s) fréquenté(s) de la maternelle à aujourd'hui :

-
-
-
-

A..... le

SIGNATURE DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE LEGAL 1
PERE –MERE – TUTEUR *

RESPONSABLE LEGAL 2
PERE – MERE - TUTEUR *

* rayer les mentions inutiles