Collège Claude Debussy

31 rue Alexandre Dumas

78 100 Saint-Germain-en-Laye

Tél : 01.39.21.00.39

**FICHE D’URGENCE**

**A l’attention des parents**

*A renseigner en lettres capitales*

Année Scolaire : 2025 - 2026

|  |
| --- |
| **Nom de l’élève :**  **Prénom(s) de l’élève :**  **Né(e) le : / /**  **Nom et adresse des parents ou du représentant légal :**  N° et adresse du centre de sécurité sociale :  N° et coordonnées de la mutuelle (facultatif) :  N° et adresse de l’assurance scolaire : |

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 :

|  |  |
| --- | --- |
| N° de téléphone du domicile : |  |
| N° portable du père : |  |
| N° portable de la mère : |  |
| N° du travail du père et n° du poste : |  |
| N° du travail de la mère et n° du poste : |  |
| Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement : |  |

Dans les situations d’urgence, et après régulation par le SAMU centre 15, votre enfant sera orienté vers l’établissement de santé le mieux adapté.

Il sera évacué soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d’incendie et de secours soit par une équipe médicale SMUR.

La famille est immédiatement avertie par nos soins pour accompagner son enfant ou le rejoindre à l’hôpital (si vous ne pouvez pas le faire rapidement, prévoir un adulte susceptible de s’y rendre).

Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné d’un représentant légal.

Le transport sanitaire sera remboursé par la sécurité sociale et éventuellement la mutuelle.

* Veuillez nous préciser les éléments suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) : |  |
| Observations particulières que vous jugerez utiles à porter à la connaissance de l’établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) \* : |  |
| Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : |  |

(\*) Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’attention du médecin ou de l’infirmière de l’établissement.

* Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire.
* Un double sera remis aux transports sanitaires.

**Date : Signature des responsables légaux :**