

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  /  / 20

Parents ou représentant légal : Nom :

Adresse :

Sécurité sociale : N° sécurité sociale

Centre :

Assurance scolaire : Nom :

Adresse :

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 :

1. N° de tél domicile :

2. N° de portable responsable 1 :       père  mère  autre

3. N° de portable responsable 2 :       père  mère  autre

#### 4. Personne susceptible de vous prévenir rapidement

identité :  Tel

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'accompagné de sa famille. Pour les internes, en cas d'impossibilité de contacter la famille (ou le responsable légal) il pourra être engagé des moyens de transports à la charge des parents.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (*rappel à 11/13 ans puis 25 ans*) :  /  / 20

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

Si vous avez des informations concernant la santé de votre enfant à signaler, vous pouvez prendre contact avec l'infirmière, Mme CULADET ou joindre un courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin ou de l'infirmière.

Identité du médecin traitant :

Adresse :  Tél :

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI  NON

P.A.P (plan d'accompagnement personnalisé)  OUI  NON

A  le  /  / 2022, Signature des parents ou du représentant légal :

Certificat PSC1 (Prévention et Secours Civique niveau 1)  OUI  NON Date du certificat :  /  / 20

Certificat GQS (Attestation de sensibilisation aux gestes qui sauvent)  OUI  NON Date du certificat :  /  / 20