

FICHE D'URGENCE

Adresse
8 place Washington
CS 31937
72019 Le Mans CEDEX 2

Année scolaire : **2023-2024** Classe : _____ Interne : oui / non

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone
02 43 50 16 20

DATE DE NAISSANCE : _____ ☎ PORTABLE DE L'ELEVE :

Adresse mail
Ce.0720033v@ac-nantes.fr

N° d'immatriculation Sécurité Sociale de l'élève ou de l'assuré dont il dépend :
_____ Merci de joindre une copie de l'attestation

Site internet
touchard-washington.fr

Dossier suivi par :

Mme FOURAULT Sylvie
Mme CHESNEAU Oriane
Mme BAZIN Blandine
Infirmières de l'Education Nationale

02.43.50.16.43
infirmierie.tw@ac-nantes.fr

❖ **Merci de mettre sous enveloppe à l'intention des infirmières les copies des documents médicaux (PAI, PAP, copie de bilan orthophonique, examens...)**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

☞ **Merci de joindre une copie de la partie vaccination du carnet de santé avec le nom de l'élève.** (Schéma vaccinal : 2, 4, 11 mois ; 6 ans ; 11/13 ans et 25 ans).

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

.....
.....
.....

PAI (projet d'accueil individualisé) l'année précédente : oui non

Autre aménagement spécifique : PAP, PPS... oui non

Si oui, pour quel motif :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides

1 ☎ DU DOMICILE : _____

2 ☎ DU REPRESENTANT LEGAL 1 : _____ LIEN AVEC L'ELEVE :

3 ☎ DU REPRESENTANT LEGAL 2 : _____ LIEN AVEC L'ELEVE :

4 NOM ET N° DE TELEPHONE D'UNE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT :

_____ LIEN AVEC L'ELEVE :

En cas d'urgence vitale, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU) vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Le transfert à la sortie de l'hôpital est à la charge de la famille.

Pour les cas les moins urgents, la famille qui ne pourrait pas se déplacer autorise le transfert et accepte le principe que les frais de transport A et R vers une structure de soins puissent être à sa charge.

A _____ , le _____ Signature des Parents