

# FICHE SANITAIRE D'URGENCE

*(document remis au service d'urgence en cas d'accident)*

NOM DE L'ECOLE : ..... ANNEE SCOLAIRE 20..... / 20.....

Nom ..... Prénom .....

Classe ..... Date de naissance .....

Nom et adresse du représentant légal .....

.....

.....

N° de téléphone domicile : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone travail père : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone travail mère : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone portable père : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone portable mère : ...../...../...../...../.....

Autre : ...../...../...../...../.....

Allergies connues : .....

.....

Renseignements particuliers : .....

.....

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....

*(cette vaccination, pour être efficace, nécessite un rappel tous les 5 ans)*

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

Téléphone : ...../...../...../...../.....

**En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par l'école.**

**Date : .... / .... / 20.....**

**Signature :**