|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ecole élémentaire Klébert MOINET**  Route de Mare Gaillard  97190 Le Gosier  **🕿/🗐 : 0590 85 91 04**    🖂**:** [**ce.9710534d@ac-guadeloupe.fr**](mailto:ce.9710534d@ac-guadeloupe.fr) | logo rectorat  logo rectoratlogo rectoratlogo rectorat |

**FICHE D’URGENCE A L’INTENTION DES PARENTS (1)**

***(A retourner au directeur d’école ou chef d’établissement en début d’année)***

|  |
| --- |
| **NOM DE L’ÉTABLISSEMENT : Ecole élémentaire Klébert MOINET ANNÉE SCOLAIRE : 2025-2026** |

|  |
| --- |
| Nom : ……………………………………………………. Prénom : ……………………………………….  Classe : …………………………………………………. Date de naissance : …………………………..  Nom et adresse des parents ou du représentant légal …………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………….  N° et adresse du centre de sécurité sociale :………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………………………………………………  N° et adresse de l’assurance scolaire :……………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **En cas d’accident ou malaise aigu, le directeur d’école ou chef d’établissement appelle le SAMU : 15** |

Il 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 téléphone du domicile : ……………………………………….

2. N° du travail du père : ……………………………………………….. Poste : ………………………………

3. N° du travail de la mère : ……………………………………………. Poste : ………………………………

4. Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement : ……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..

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’accompagner de sa famille.**

▶ Veuillez nous préciser les éléments suivants :

◼ **Date du dernier vaccin antitétanique :** ………………………………………………………………………

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

◼ **Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :** 🞏**OUI** 🞏**NON**

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du directeur d'école ou du chef d'établissement.

◼ **Nom - Adresse - N° de téléphone du médecin traitant** :……………….…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **(1) Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire** |