|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A L'ATTENTION DES MEDECINS URGENTISTES** | | | | | | |  |
| **COLLEGE LES ROUSSILLOUS à ST PIERRE DE LAGES (Hte GARONNE) année 2021-22** | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOM……………………………………………………………… | | | | PRENOM………………………………… | | |  |
| CLASSE…………………………….. | | |  | date de naissance……………………… | | |  |
| Nom et adresse des parents ou du représentant légal………………………………………………. | | | | | | |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |  |
| N° de sécurité sociale………………………………………………………………….. | | | | | |  |  |
| Nom et adresse de l'assurance scolaire……………………………………………………………….. | | | | | | |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |  |
| 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 N° de téléphone : | | | | | |  |  |
| N° téléphone du domicile |  | | |  |  | |  |
| N° téléphone du père |  | |  |  |  | |  |
| N° téléphone de la mère |  | | |  |  | |  |
| N° d’une personne susceptible de vous contacter rapidement en cas d’absence |  | | | | | |  |
| En cas d'urgence, un élève accidenté 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. | | | | | |  |  |
| date du dernier vaccin antitétanique…………………………………….. | | | | |  |  |  |
| (pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) | | | | | |  |  |
| observation particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance des médecins | | | | | | |  |
| urgentistes (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) : | | | | | |  |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | |  |
| Nom et adresse du médecin traitant :…………………………………………………………………… | | | | | | |  |
| ………………………………………………………………………………Fait à……………...le………….. | | | | | | |  |

Signature