



**Groupe
scolaire**
N. D. Campostal

Année scolaire 2026-2027

FICHE D'URGENCE

à remplir par les parents et à remettre à la VIE SCOLAIRE

TRANSMISE AUX SERVICES D'URGENCE EN CAS D'EVACUATION

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Adresse du Centre de sécurité sociale :

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

- 1 N° de portable de la mère :
- 2 N° du travail de la mère :
- 3 N° de portable du père :
- 4 N° du travail du père :
- 5 Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES D'URGENCE

- En cas d'urgence pour un élève accidenté ou malade, les personnels de notre établissement sont dans l'obligation d'appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou ambulances privées ou SMUR). Dès sa prise en charge par les services d'urgence, l'élève est placé sous la responsabilité des professionnels de santé, qui seuls, seront décisionnaires de l'opportunité de son transfert vers l'hôpital.
- La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire
- Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

IMPORTANT : Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Date du dernier rappel de vaccin ROR :

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

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.



Elles sont susceptibles d'être transmises :

- Au service médical de l'établissement,
- Aux services médicaux d'urgence,
- En tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- Et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, etc.) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, etc.).

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement.

Pour ces données, vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A le

Signature des parents :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée.