



Fiche d'urgence

Nom : Prénom :
 Né(e) le :/...../..... à Sexe : M F
 Nom des parents ou représentant légal
 Adresse
 Code postal : Commune :

Assurance de l'enfant

N° et adresse du centre de sécurité sociale

Assurance scolaire

Nom de la société ou mutuelle :
 N° de police d'assurance :
 Responsabilité civile oui non Individuelle accident : oui non

Contacts à prévenir en cas d'urgence

Merci de ranger les numéros dans l'ordre prioritaire, et précisez le nom

1er n° domicile travail autre
 2e n° domicile travail autre
 3e n° domicile travail autre

Médecin de famille

Nom : Tel:

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

L'élève porte-t-il des lunettes ? oui non

Si oui, doit-il les porter en classe

seulement ? oui non

Autres renseignements utiles concernant la santé de l'élève (allergies, affections et répétitions,.....

Fait à, le/...../...../

Signature