# **Année Scolaire 2023/2024**

### 🚑 URGENCES MÉDICALES

NOM :……………………………………………… Prénom : ………………………………

Classe (pour l’année scolaire 23/24) : …………….. Date de Naissance : ……………………

Nous soussignés Madame et/ou Monsieur…………………………………………………………….

Adresse complète : …………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………......

autoris(e)(ons) le Chef d’Etablissement ou toute personne mandatée par lui à prendre, en cas d’urgence, toutes mesures médicales nécessaires pour le/la jeune :

Numéro Sécurité Sociale qui couvre l’élève : …..…………………………...……………………….

Adresse de votre Centre de Sécurité Sociale :…………………………………………………………

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

Portables des parents : Père : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Mère  : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Donner **OBLIGATOIREMENT** le nom et le numéro de la personne à joindre en **CAS D’URGENCE** et/ou absence des parents :

Nom : ……………………………….. Tél : …………………………. Lien de Parenté : ………….

Nom : ……………………………….. Tél : …………………………. Lien de Parenté : ………….

Nom : ……………………………….. Tél : …………………………. Lien de Parenté : ………….

Nom et numéro de téléphone de votre médecin :

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

Si le/la jeune suit un traitement régulier, bien vouloir l’indiquer, joindre impérativement l’ordonnance : …………………………………………………………………………………………

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

En cas de contre-indication connue, la mentionner avec précision : ………………………………….

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

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

Allergies ou maladies connues : …………………………………………………………………………………...

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

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

Mise en place d’un PAI (Projet d’Accueil Individualisé) : □ Oui □ Non

Signature du Père et/ou Mère Fait à ……………………………

# Et/ ou Responsable Le