

FICHE D'URGENCE

DE infirmier
 DE Aide-Soignant
 DE Auxiliaire puériculture
 DTS IMRT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

NIR (n° de sécurité sociale) : _____

CPAM de _____

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : _____

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 numéro de téléphone.

| | MERE | PERE | CONJOINT |
|----------|------|------|----------|
| DOMICILE | | | |
| MOBILE | | | |
| TRAVAIL | | | |

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement* : _____