



FICHE D'URGENCE

INFORMATIONS À PORTER À LA CONNAISSANCE DES ENSEIGNANTS TITULAIRES, REMPLAÇANTS ET AUX SERVICES DE SECOURS EN CAS DE NÉCESSITÉ.

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE:

SCOLARISÉ(E) EN CLASSE DE :

DATE DE NAISSANCE:

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ENFANT:

	Responsable légal n°1: A cocher: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre:	Responsable légal n°1: A cocher: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre:
Nom et prénom
Numéro(s) de téléphone personnel(s)
Numéro de téléphone du travail
Nom et adresse de l'assurance scolaire de l'enfant. Numéro de contrat: Numéro de contrat:



ÉCOLE ANDRÉ DRAPEAU
RUE DES CROISSETTES
85110 LA JAUDONNIÈRE

ANNÉE
2026/2027



TEL: 02 51 34 34 43 - EN CAS D'URGENCE: 07 68 28 68 30
MAIL: CE.0851188E@AC-NANTES.FR

FICHE D'URGENCE

INFORMATIONS À PORTER À LA CONNAISSANCE DES ENSEIGNANTS TITULAIRES, REMPLAÇANTS ET AUX SERVICES DE SECOURS EN CAS DE NÉCESSITÉ.

PERSONNE(S) À CONTACTER EN URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS. (SI L'ENSEIGNANT OU LE SERVICE DE SECOURS N'ARRIVE PAS À VOUS JOINDRE.)

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : LIEN AVEC L'ENFANT :

INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE L'ENFANT

MÉDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE:

DATE DU DERNIER VACCIN ANTITÉTANIQUE (À VÉRIFIER SUR LE CARNET DE SANTÉ) :...../...../.....

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES QUE VOUS JUGEZ UTILE DE PORTER À LA CONNAISSANCE DE L'ÉCOLE ET AUX SERVICES DE SECOURS (PORT DE LUNETTES, ALLERGIES, TRAITEMENTS, PRÉCAUTION À PRENDRE) :

SIGNATURE
DES RESPONSABLES LÉGAUX