Année scolaire : .....

ACADEMIE DE LA GUYANE
Service de promotion de la Santé en faveur des élèves
Lycée FELIX EBOUE
Rocade Sud BP 76021 Tél. : 0594 29.65.80 Fax : 0594 31 72 25
97306 CAYENNE Cedex

Fiche d'urgence à l'intention des parents

Etablissement d'où vient l'élève :.....
Nom : ..... Prénom : .....
Classe : ..... Date de naissance : .....

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 :

Téléphone du **domicile** : .....

Téléphone du **travail** du **père** : ..... Portable : .....

Téléphone du **travail** de la **mère** : ..... Portable : .....

Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
Domicile : ..... Portable : .....
Travail : .....

- Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement : allergies, traitement en cours, si vous êtes enceinte, **date prévue de l'accouchement**, (question de sécurité et de responsabilité), si vous êtes élève et mère, nombre d'enfant(s).
  .....
  .....
  .....
- Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière scolaire.
- En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté (par le médecin régulateur du SAMU) et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION A L'ECOLE

Les élèves sont priés de joindre les photocopies des certificats de vaccinations suivantes :

- Date du dernier rappel du **vaccin DTPC** : ...../...../.....
- Vaccin **antituberculeux :**...../...../.....
- Date du dernier rappel de la **fièvre jaune** : ...../...../.....

.3Numéro de téléphone du médecin traitant :
.....

Représentant légal	Mère	Père	Elève

**Document non confidentiel à remplir par les familles*