



« IMMACULEE » PENSIONNAT DE VERSAILLES

08, rue Victor HUGUES  
97100 BASSE-TERRE

RNE Etablissement 9710459X

Tél. 0590 81-18-54 / 0690 48-52-88 Fax : 0590 99 04 36

[Versailles.ecolesjc@gmail.com](mailto:Versailles.ecolesjc@gmail.com) [ce.9710459x@ac-guadeloupe.fr](mailto:ce.9710459x@ac-guadeloupe.fr)

**FICHE D'URGENCE**

**Identité de l'élève**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à ..... Code Postal .....

Nationalité : ..... Sexe :  Masculin,  Féminin

**Scolarité de l'année en cours**

Division : ..... Date d'entrée : ..... Régime :  ½ Pensionnaire  Externe

**Scolarité de l'année précédente**

Etablissement : .....

Commune : .....

Date de fin de scolarité dans l'établissement : .....

**Représentant légal**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Code Postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

☎ domicile : ..... ☎ travail : ..... ☎ portable : .....

**Représentant légal**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Code Postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

☎ domicile : ..... ☎ travail : ..... ☎ portable : .....

**Personne à contacter**

Nom : ..... Prénom : .....

☎ domicile : ..... ☎ travail : ..... ☎ portable : .....

**Autres renseignements**

N° et adresse du centre de sécurité social : .....

Nom, N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

..... N° de police ou adhérent .....

Nom, N° et adresse de la Mutuelle complémentaire : .....

..... N° de Sociétaire .....

En cas d'urgence, l'établissement appelle les services de secours qui assurent l'évacuation médicale vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Les renseignements administratifs seront communiqués aux Pompiers ou ambulanciers pour la prise en charge financière des soins directement par les services d'assurance maladie. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille

**Informations complémentaires**

Date du dernier rappel antitétanique : ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...) .....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....