



Formulaire de soins d'urgence
A REMPLIR SEULEMENT POUR LE 1^{er} STAGE DE L'ANNEE

En cas de besoin, un mineur accidenté ou malade est orienté et transporté vers le service de soins le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.
Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les renseignements pour vous avertir.
Ce document est non confidentiel. En cas de besoin, il sera transmis au service de soins. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin appelé à intervenir en urgence.

Identification du mineur :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance: / /

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

Numéro de sécurité sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

Adresse du Centre de sécurité sociale :

<i>N° de téléphone du domicile :</i>	
<i>N° de téléphone du travail du père :</i>	
<i>N° de téléphone du travail de la mère :</i>	
<i>Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :</i>	

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Renseignements certifiés exacts le __ / __ / __

(Signature des parents ou du représentant légal)