

بېرىنى يانە  
**FICHE D'URGENCE**

Année scolaire : \_\_\_\_\_ تدریسی کال

د مكتب نوم  
**Nom de l'établissement :** ..... صنف  
**classe :** .....

**Nom de l'élève:** ..... **Prénom de l'élève** ..... د شاگرد نوم..... د شاگرد تخلص.....

**Date de naissance :** ..... د پیدایش تاریخ.....

د ناروغىيا اويا تکر په وخت کي : مكتب كورنى ته د خبر ورکولو لپاره تر تولو تىزى لارى چخە كار اخلى

**En cas d'accident ou de maladie,** l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

	Responsable légal 1 (مسؤول لکە مور) (مسؤول لکە پلار)	Responsable légal 2 (مسؤول لکە مور) (مسؤول لکە پلار)
Nom ( تخلص ) Prénom ( نوم )	..... .....	..... .....
Adresse ( ادرس )	..... .....	..... .....
Téléphone du domicile ( د كورنى موبایل نمبر )	.....	.....
Téléphone portable ( د گرخنده (جىب) موبایل نمبر )	.....	.....
Téléphone professionnel ( مسلكى نمبر )	..... poste : ..... ندە ..... .....	..... poste : ..... .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

د تولىز امنىت مرکز(سيكيوريتي سوسىال) د موبایل نمبر او يا ادرس كوم چى د ماشوم د بىمى خەمە وارى پە غارە لرى  
N° et adresse du centre de sécurité sociale qui couvre votre enfant :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

د ستاسى د ماشوم د مكتب د بىمى نوم او ادرس

Nom et adresse de l'assurance scolaire qui couvre votre enfant :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

د خطر په وخت کي، كە چىرى يو ماشوم مريض شى او يابى كوم خطر ورپىش شى نو هغە ژر تر ژرە د ايمەنلىكىسى لە لارى مناسب روغۇن تە ورل كىرىي  
او د هغە كورنى تە سەددىتى خبر ورکول كىرىي  
يۈ كە سەنە شاگىرىد بېغىر د هغە د كورنى نە شى كۈلەي جى لە روغۇن چخە خارج شى

**En cas d'urgence,** après appel au SAMU, un élève accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date des derniers vaccins : ( د اخىرى واكسىن وخت )

Traducteur : NIAZI Hazrat Bilal

tétanos ..... / ..... / ..... نیتانوس ..... polio ..... / ..... / ..... فلچ ..... diphtérie ..... / ..... / .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)  
دا واکسین هرو 5 کالو کې بول ضروری ده

خانګری پاملنې چې تاسی فکر کوي چې ضرور ده چې مکتب ته بې ووایاست لکه الرجي، مریضتیا د علاج په حال کې

**Observations particulières** que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) .....

د درمني داکتر

**Médecin traitant : NOM :** ..... (تخلص) .....

Adresse : ..... ادرس .....

Téléphone : ..... موبایل .....

le ..... تاریخ .....

*signature des parents*

د مور او پلار لاسلیک

**Document non confidentiel** à remplir par les parents à chaque début d'année scolaire ; si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'intention de l'infirmière et du médecin scolaire.