

ÉTABLISSEMENT

00, Avenue xxxxxxxxx

00000 VILLE CEDEX

Tél. : 00.00.00.00.00 Fax : 00.00.00.00.00

Coordonnées GPS : 43.0644 ; 0.4444

LABORATOIRE DE SVT

POSTE N° : **000**



EN CAS DE NÉCESSITÉ

NUMÉROS D'URGENCE :

PROVISEUR : _____ **000** _____

INFIRMERIE : _____ **000** _____

VIE SCOLAIRE : _____ **000** _____

STANDARD : _____ **0** _____



SAMU _____ **15** _____ (numéro unique) **112** _____



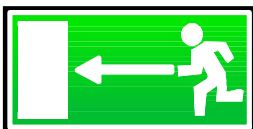
POMPIERS _____ **18** _____ (numéro unique) **112** _____

Responsable sécurité _____ **000** _____ Intendant _____

Responsable du laboratoire : **Mr Xxxx XXXX 00.00.00.00.00**



Point de rassemblement : **Cour élèves.**



Responsable évacuation : **Professeur.**

*Ne raccrochez jamais le premier.
Accueillez et guidez les secours.*