

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS *

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N°de sécurité sociale:

N°de contrat et adresse de l'assurance scolaire :

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 :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du père : portable :

3. N° du travail de la mère : portable :

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

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital de rattachement. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...), adressez-vous à l'infirmerie ou contactez le service santé au 01.45.94.40.22.

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

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Il vous appartient en cours de scolarité d'indiquer toutes informations utiles, dans l'intérêt de la santé de votre enfant, au service infirmier (modifications téléphoniques, traitements, transfert hospitalier particulier). Contactez l'infirmière.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre sous enveloppe cachetée
à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire).

Fiche à compléter si votre enfant présente :

- un état de santé pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- la nécessité d'utiliser un traitement d'urgence (terrain allergique...)
- un handicap ou une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

NOM : PRENOM :
CLASSE : DATE DE NAISSANCE :
TEL EN CAS D'URGENCE :
TEL MOBILE :

Votre enfant est atteint :

- Maladies :**

- Allergies :**
 - **Alimentaire**
 - **Médicaments**
 - **Autres**

- Crise ou malaise : (maux de tête...)**

Traitement :

Médecin prescripteur : (adresse)

Observations particulières : (intervention chirurgicale, accident grave, maladie grave récente...)

Vous devez contacter le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec eux, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé, conformément à la circulaire n° 2003_135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal

Date

Signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre sous enveloppe cachetée
à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire).