



FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

Nom de l'élève Classe
Prénom Date de naissance

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° 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° de portable du père : Travail :
3. N° de la Mère : Travail :
4. Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
.....
Lien de cette personne avec l'élève

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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 peut sortir de l'hôpital seulement s'il est accompagné par sa famille.**

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** :
(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

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

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

** Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire .
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière ou de la directrice de l'établissement.*



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX CONFIDENTIELS**

(à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin)

Fiche à compléter **si votre enfant est** :

- **atteint d'une maladie** chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament** durant le temps scolaire
- **susceptible de prendre un traitement d'urgence**
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des **aménagement particuliers dans le cadre scolaire**

NOM de l'élève : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

Numéro de téléphone : Tél. mobile :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur.....

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, 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 : Mme – M. Date : le

Signature

Cette fiche est à joindre **en complément de la fiche d'urgence.**