

FICHE D'URGENCE

Identité de l'élève

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe à la rentrée :

Nom d'un frère, sœur ou autre parent scolarisé dans la même école:

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à contacter précisez le lien avec l'élève
NOM			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
☎ Domicile			
🏢 Travail			
📱 Portable			

Informations complémentaires

En cas d'urgence, un élève est transporté par les services de secours d'urgence (SDIS) vers l'hôpital de la zone. Le parent est immédiatement informé par l'école.

Date du dernier rappel antitétanique : / / (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

TRES SIGNALE

Votre enfant est-il atteint d'une maladie à retentissement sur sa scolarité ? **oui** **non**

Si oui, bien remplir la « fiche de renseignements médicaux confidentiels » à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.

Partie CONFIDENTIELLE

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

A compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- s'il prend un traitement médicamenteux.

- s'il est porteur d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter un aménagement particulier, dans le cadre scolaire.

NOM de l'élève:

PRENOM :

Classe:

Maladie(s) dont souffre votre enfant :

Nom du Médecin prescripteur :

Traitement :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, il vous appartient de contacter le médecin ou l'infirmière scolaire affectée dans l'école 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.

Vos coordonnées :

NOM (mère ou père ou tuteur)

NOM (parent proche)

☎ domicile :

☎ domicile :

☎ travail :

☎ travail :

☎ portable :

☎ portable :

Vu et pris connaissance,

Date :

Cette fiche accompagne l'élève en cas de transfert vers le Centre de soins ou le CHU.