



FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS *

Etablissement précédent (si nouvel élève) :

Nom de l'élève : Prénom :

Classe : Date de naissance :

N° portable élève :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° de sécurité sociale de l'élève et adresse de la CPAM :

En cas d'accident ou de maladie l'établissement s'efforcera de prévenir la famille le plus rapidement possible. Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant au moins **2 numéros de téléphone** :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du père : Poste :

3. N° du travail de la mère : Poste :

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

En cas d'urgence :

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

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

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

Date du dernier rappel DTP :

Pour être efficace, cette vaccination obligatoire nécessite un rappel entre l'âge de 11 et 13 ans. Par la suite, les rappels de l'adulte sont recommandés aux âges fixes de 25 ans, 45 ans et 65 ans (intervalle de 10 ans à partir de 65 ans).

Fournir la photocopie du carnet de santé ou de la carte de vaccination

*** 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 de l'établissement.
- conformément au protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (B.O. n° 1 du 06.01.2000), il sera fait appel au Service médical d'urgence (SAMU : 15) qui est le seul habilité (loi 86.11 du 06.01.1987) à réguler à distance la prise en charge médicale d'une personne en détresse.



Renseignements médicaux obligatoires

*Ce document est exclusivement destiné au service médical
et doit être placé sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière.*

1 – ALLERGIES :

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres :

2 –MALADIES :

- Asthme
- Diabète
- Epilepsie
- Scoliose
- Autres (déficience auditive, visuelle, etc...) :

.....

Traitement régulier :

- Oui
- Non

Lequel ?.....

(Sur le temps de vie scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmerie les médicaments et leur ordonnance).

Un élève atteint de maladie chronique, d'allergie et d'intolérance alimentaire peut faire l'objet d'un Projet d'Accueil Personnalisé (P.A.I.). Il leur permet de suivre une scolarité normale. **Si votre enfant est titulaire d'un PAI, fournir une photocopie.**

3 – SUIVIS PARAMÉDICAUX :

- Orthophoniste
- Psychologue
- Psychomotricien
- Autres.....

4 – DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION DES ÉPREUVES AUX EXAMENS :

- Oui
Si oui, pour quel motif :
- Non

Pour information : un dossier sera à retirer auprès de secrétariat de direction

5- - Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS ? d'un PAP ?

- Oui (si oui merci de joindre tous les documents et autres notifications...)
- Non

Le, A
signature du (des) responsable(s) légal(aux)