



## FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS\*

Année scolaire 2019-2020

Nom de l'établissement :  
Adresse :

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... 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° 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 rapidement : .....

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 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)

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

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

Date et Signature des parents

\* 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.

## FICHE INFIRMERIE

### Année scolaire 2019/2020

#### ELEVE :

Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le : ..... à (ville)..... Classe : .....

Nom du/des responsables légaux.....

Adresse du/des responsables légaux : .....

.....

N° Fixe Père : ..... N° Fixe Mère : .....

Portable Père : ..... Portable Mère : .....

N° Travail Père : ..... N° Travail Mère : .....

Votre enfant a-t-il un suivi paramédical par un spécialiste ( Orthophonie, Kinésithérapeute.) OUI - NON (1)

Si oui lesquels ?.....

Votre enfant suit-il un traitement OUI - NON (1)

Si oui lequel ?.....

En cas de prise de médicaments dans l'établissement scolaire, ceux –ci doivent être déposés à l'infirmerie

Avec une photocopie de l'ordonnance et une autorisation parentale de prise de médicaments.

Pour quelle affection ?.....

Votre enfant a-t-il un PAI ( Projet d'accueil individuel ) : OUI NON (1)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Nom et adresse et n° de téléphone du médecin traitant.....

.....

**Tout élève dispensé d'éducation physique et sportive devra fournir un certificat médical.**

Fait à..... le.....

Signature du responsable légal.