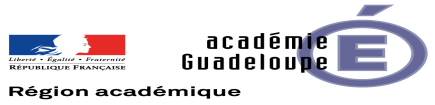


Année scolaire 20 . . / 20 . .

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 contacterprécisez 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 **P**rojet d’**A**ccueil **I**ndividualisé, 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)  🕿domicile :  🕿travail :  **🖁**portable : | NOM (parent proche)  🕿domicile :  🕿travail :  **🖁**portable : |

Vu et pris connaissance, Date :

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

**Page 2/2**