

**FICHE D'URGENCE (DOCUMENT NON CONFIDENTIEL)****Identité de l'élève**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Téléphone : mail :

	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 accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

L'établissement scolaire **ne contacte jamais l'assurance scolaire** souscrite par les parents en cas de transfert de l'élève vers un établissement de soins ou vers un médecin ou de retour dans sa famille.

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 :

A SIGNALER

Votre enfant est-il atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement scolaire? Veuillez cocher une case : oui non

Si vous avez répondu « oui », vous devez impérativement dans les meilleurs délais, réclamer puis compléter la « fiche de renseignements médicaux confidentiels » puis la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

En complément de la fiche d'urgence

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

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 aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

NOM :	PRENOM :	Classe :
Maladie(s) dont souffre votre enfant :		
Médecin prescripteur :		
Traitement :		
Observations particulières :		

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contacté 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.

Vos coordonnées :

NOM :	NOM :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ travail :	☎ travail :
☎ portable :	☎ portable :

Vu et pris connaissance,

Date :