

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS 2022 2023

Nom : Prénom :

Classe (année 2019-2020) : Date de naissance : /_/_/___/___/___/___/___

Nom et adresse des parents ou représentant légal : Mme Mr

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : /_/_/___/___/___ Ville :

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° téléphone du domicile : /_/_/___/___/___/___/___/___/___

2. N° du travail du père : /_/_/___/___/___/___/___/___/___ Portable : /_/_/___/___/___/___/___/___/___

3. N° du travail de la mère : /_/_/___/___/___/___/___/___/___ Portable : /_/_/___/___/___/___/___/___/___

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

Nom : N° de Tél : /_/_/___/___/___/___/___/___/___

En cas d'urgence un élève accidenté ou malade est orienté 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).

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

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

Saint-Claude, le : Signatures 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 DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

En complément de la fiche d'urgence 2022 2023

(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 **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 :	NOM :
 domicile :	 domicile :
 travail :	 travail :
 portable :	 portable :

Vu et pris connaissance,

Date :