



FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

COORDONNÉES PERSONNELLES :

Nom : Prénom :
Date de naissance : __/__/____ Classe l'année prochaine :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :
.....

Nom et N° de l'assurance solaire :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

En cas d'accident, l'établissement mettra tout en œuvre pour prévenir la famille dans les meilleurs délais. Afin de faciliter cette démarche, merci de nous communiquer au moins un numéro de téléphone.

- 1. N° de téléphone du domicile :
- 2. N° de mobile du père :
- 3. N° de mobile de la mère :
- 4. Personne à prévenir en cas d'urgence :

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 que s'il est accompagné de sa famille.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

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, maladies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)
.....
.....

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

**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.

Voir au verso



ACADÉMIE
DE CRÉTEIL

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS



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.

- Maladie dont souffre votre enfant :

- Traitement :

- Médecin prescripteur :

- Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactée par le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire un Projet d'Accueil Individualisé.

Conformément à 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. Cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Le représentant légal :

Date :

Signature :