

## FICHE D'URGENCE

### Identité de l'élève

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Nom et Prénom d'un frère ou d'une sœur scolarisé(e) au collège : .....

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à contacter précisez le lien avec l'élève
<b>NOM</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Code postal/Ville</b>			
<b>Mail</b>			
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.*

Fait à ....., le .....

**Signature :**

## 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.

<b>NOM de l'élève:</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>Classe:</b>
<b>Maladie(s) dont souffre votre enfant :</b>		
<b>Nom du Médecin prescripteur :</b>		
<b>Traitement :</b>		
<b>Observations particulières :</b>		

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 **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 :**

<b>NOM (mère ou père ou tuteur)</b>  ☎ domicile :  ☎ travail :  📱 portable :	<b>NOM (parent proche)</b>  ☎ 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.

Signature :