

## 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<br>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.

**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 **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 (mère ou père ou tuteur)   | NOM (parent proche)  |
|--|--|
|  domicile : |  domicile : |
|  travail :  |  travail :  |
|  portable : |  portable : |

Vu et pris connaissance,

Date :

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

Signature :