

# FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS

À retourner au chef d'établissement en début d'année scolaire

Nom de l'établissement : .....

Année scolaire : 20 / 20

## 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Né(e) le : .....

## 2. RESPONSABLES LÉGAUX ET COUVERTURE SOCIALE

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

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

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

## 3. CONTACTS EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident ou de malaise aigu, le chef d'établissement appelle le **SAMU (15)**. Il s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez fournir au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....

• N° portable (père) : .....

N° portable (mère) : .....

2. N° de travail du père : .....

Poste : .....

3. N° de travail de la mère : .....

Poste : .....

4. Nom et N° d'une personne à prévenir rapidement : .....

## 4. AUTORISATION DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

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.

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame ....., autorise à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente après consultation d'un praticien sur mon enfant mineur désigné ci-dessous :

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Date du dernier vaccin DTP : .....

*\*(Joindre une photocopie des vaccins)*

## 5. SUIVI MÉDICAL ET AMÉNAGEMENTS

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :  OUI  NON

*(Le PAI concerne les élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Il est mis en place et renouvelé chaque année à la demande des parents. Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption).*

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP :  OUI  NON

*\*(Si oui, fournir une copie du PAP)*

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à : .....

Le : .....

SIGNATURE OBLIGATOIRE DES PARENTS :



### INFORMATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Dans le respect du secret médical, toute information relative à la santé de votre enfant (traitement, pathologie, allergies, suivi médical, etc.) doit être transmise sous enveloppe fermée à l'attention de Madame Oukaz, infirmière de l'Éducation nationale, et ne doit pas figurer sur cette fiche d'urgence.