

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....
.....

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale (**joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale + de la carte de mutuelle**) :

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

MESURE D'URGENCE

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** :

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

N° de téléphone portable père :/...../...../...../.....

N° de téléphone portable mère :/...../...../...../.....

Nom, Prénom et n° de téléphone (portable si possible) du correspondant :

...../...../...../...../.....

En cas d'urgence, et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté non accompagné, dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serais très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

.....
Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille (*rayer la mention inutile*)

Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A Le
Signature des parents ou des représentants légaux

TOURNEZ LA PAGE SVP

*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaire.

VACCINATIONS

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Veillez fournir la photocopie des vaccinations : DTP/ROR (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) ; (Rougeole-Oreillons-Rubéole)

AUTRES INFORMATIONS UTILES

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

.....
.....
.....

ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant a-t-il un dossier enregistré auprès d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?

OUI NON

Si OUI, de quelle MDPH dépend t-il ?

.....

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aménagements pour les examens (Brevet des collèges ou autres examens ?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir la photocopie de la notification

Votre enfant est-il atteint d'une pathologie ou de troubles qui ont nécessité la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou d'un Projet Personnalisé de Scolarité (PPS) durant sa scolarité ?

OUI NON

Si oui pour quelle pathologie ou trouble ?

.....

Votre enfant est-il atteint d'un trouble qui a nécessité la mise en place d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP), exemple la dyslexie, durant sa scolarité ?

OUI NON

Si OUI, pour quel

trouble ?.....

Acceptez-vous que les informations écrites sur la fiche d'urgence soient transcrite sur Pronote pour informer la communauté éducative.

OUI NON

En cas de refus, le personnel de l'établissement ne peut-être tenu pour responsable en cas de problème.

A Le

.....

Signature des parents ou des représentants légaux :

Signature de l'élève :