Année scolaire 2024 - 2025

FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les représentants légaux 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 et/ou de l'infirmière de l'établissement.

Elève

Nom : ……..…… Classe : ……

Prénom : ……..……..……

Date de naissance : ……..……

Responsable légal 1	**Responsable légal 2**
Nom : ……..……	Nom : ……..……
Prénom : ……..……	Prénom : ……..……
Adresse : ……..……	Adresse : ……..……
……..……	……..……
……..……	……..……
N° Portable : ……..……	N° Portable : ……..……
N° Domicile : ……..……	N° Domicile : ……..……
N° Travail : ……..……	N° Travail : ……..……

Nom Médecin traitant : ……..……..……

Adresse : ……..…… Téléphone : ……..……

……..……..……

Nom et adresse du centre de sécurité sociale : ……..……

……..……..…

Nom et adresse de l'assurance scolaire : ……..……

……..……..…

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 qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATOIN D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame……..……..
autorisons l'anesthésie de ……..…… au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À le

Signature des représentants légaux

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

AMÉNAGEMENTS SCOLAIRES :

Votre enfant a t-il bénéficié les années précédentes d'un :

PAI : oui □ non □
PAP : oui □ non □

Dossier MDPH : oui □ non □

Si oui, souhaitez-vous le /les reconduire : oui □ non □

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (**allergie**s**, traitements** en cours, précautions particulières à prendre …) :