

FICHE D'URGENCE

Nouveaux élèves

(Transmise aux services de secours en cas d'évacuation)

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de la mutuelle complémentaire:

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du **père** : Poste : **Portable** :

3. N° du travail de la **mère** : Poste : **Portable** :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM, adresse et n° de téléphone du **médecin traitant** :

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.

Vu et pris connaissance, à , le

Signature des parents ou responsables légaux

ANTECEDENTS MEDICAUX

(Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.)

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

L'élève bénéficiaire :

- d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé): OUI NON

Si OUI : - Préciser la problématique:

- **Joindre une copie**

- d'un **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation) : OUI NON

Si OUI, préciser le handicap:

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

- d'un **PAP** (Projet d'Accompagnement Personnalisé) : OUI NON

Si OUI, joindre une copie.

REACTIONS ALLERGIQUES : OUI NON

Si OUI :- préciser : Alimentaire
 Respiratoire
 Cutanée
 Autre :.....

- Préciser l'allergène :.....

Date du dernier **vaccin DTP** :

Tout traitement à prendre sur le temps scolaire est à déposer à l'infirmier dans une pochette nominative avec une photocopie de l'ordonnance.

Pour **rappel** il est interdit de conserver des médicaments sur soi.