

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel à renseigner (recto verso) par les familles à chaque début d'année signé des deux parents

NOM : **PRENOM :**

Classe : Sexe : Date et lieu de naissance :

Interne : Externe : Demi pensionnaire :

Nom et Prénom des parents (ou du représentant légal) :

Adresse : N° Rue :

Code Postal : Ville :

Mail : @

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel est rattaché votre enfant :

Bénéficiaire de la CMU : Oui Non

Nom et Adresse de votre centre de SS :

Nom, N° d'adhérent et adresse de la mutuelle :

Nom, N° d'adhérent et adresse de l'assurance scolaire :

En cas de problème de santé ou d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant les numéros de téléphone où vous êtes joignables.

N° de la mère : Personnel : Professionnel :

N° du père : Personnel : Professionnel :

N° du domicile : Autres :

Nom, N° de téléphone et qualité (oncle, sœur, amie...) des correspondants / des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement et de venir chercher votre enfant en cas de nécessité :

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

Date du dernier rappel antitétanique :

PAI Oui Non

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera à compléter si vous avez signalé pour votre enfant un problème de santé nécessitant la prise d'un traitement.

Observations particulières (allergies, précautions particulières à prendre) :

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

Port de lunettes Oui Non

A porter en permanence en classe uniquement

Suivi particulier extérieur (Orthophonie, psychomotricien, psychologue, consultation médicale spécialisée ...)	Depuis le	Fréquence	Lieu et nom du professionnel assurant le suivi

Soins et urgences

En cas d'urgence, votre enfant est transporté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté.

Nous vous prévenons dans les mêmes délais, aux numéros de téléphone indiqués sur cette fiche.

Un enfant, mineur, ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de ses parents.

Autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale

**Nous, Madame, Monsieur....., autorisons à
anesthésier et à opérer notre fille, fils**

**au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, au cours de cette année scolaire
2022/2023, elle, il, aurait à subir une intervention chirurgicale.**

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du Médecin
scolaire ou de l'infirmière de l'établissement.*

N'oubliez pas de signaler tout changement survenant au cours de l'année (santé, personnes à contacter, numéros de téléphone...).

Fait à : Le :

Signature des **deux parents** :

Madame, Monsieur,

Je vous invite à me faire part ici, librement, des informations complémentaires qu'il vous semble utile de porter à ma connaissance, afin d'apporter à votre enfant, l'attention la plus adaptée.

Pour exemples : parents séparés, difficultés scolaires, problème de santé, suivi extérieur, etc.

Je vous laisse cet espace pour m'écrire librement.

Avec tous mes remerciements,

E Nodet

C'est à vous !

