

### FICHE INFIRMERIE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

**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'intention de l'infirmière de l'établissement

Identité de l'élève	
Nom :	Prénoms :
Né(e) le :	à N° portable élève :
Scolarité	
<b>Rentrée 2022 – 2023</b>	CLASSE : REGIME : <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne
<b>Rentrée 2021 -2022 (année précédente) :</b>	ETABLISSEMENT : CLASSE :
Responsable préférentiel	Deuxième responsable
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse complète :	Adresse complète :
☎ dom. :	☎ dom. :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :
Profession :	Profession :
Courriel :	Courriel :
Personne à contacter en cas d'urgence	
Nom, Prénom :	Lien de parenté (à compléter) :
Adresse complète :	
☎ dom. :	☎ portable :

**⚠ 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.**

Autres renseignements
N° de sécurité sociale : .....
Adresse du centre de sécurité sociale: .....
N° de l'assurance scolaire : .....
Adresse de l'assurance scolaire : .....
Autorisation d'intervention chirurgicale
<i>Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.</i>
<i>Fait à..... le .../.../..... Signature des responsables légaux :</i>
Informations complémentaires
<b>Date du dernier rappel antitétanique :</b> ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)
<b>Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement</b> (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, maladies, suivi extérieur ...) :
.....
.....
<b>L'enfant bénéficie-t-il d'un ou de plusieurs dispositifs suivants :</b> (Cocher la case correspondante et indiquer la cause)
<b>Merci de nous remettre une copie des documents en votre possession</b>
<input type="checkbox"/> PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : .....
<input type="checkbox"/> PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : .....
<input type="checkbox"/> PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) : .....
<input type="checkbox"/> PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative) : .....
<input type="checkbox"/> Nécessité d'un traitement médical <b>ponctuel</b> selon une <b>prescription médicale</b> (bronchodilatateur, antalgique...) : .....
.....
<b>⚠ Nous vous rappelons que les élèves ne doivent pas garder de médicaments sur eux. Tout traitement doit être déposé à l'infirmerie avec la prescription médicale et une autorisation à demander à l'infirmière. Il est rangé à l'infirmerie dans une armoire prévue à cet effet, accessible aux adultes de la communauté éducative.</b>
<b>Médecin traitant</b> (NOM, adresse, Tél) : .....