

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

Identité de l'élève			
Nom :		Prénoms :	
Né(e) le :		à	N° portable élève :
Scolarité			
<b>Rentrée 2023 – 2024</b>		CLASSE :	
REGIME :		<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne	
<b>Rentrée 2022 -2023 (année précédente) :</b>		ETABLISSEMENT :	
		CLASSE :	
Responsable préférentiel		Deuxième responsable	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse complète :		Adresse complète :	
☎ dom. :	☎ portable :	☎ dom. :	☎ portable :
☎ travail :	Profession :	☎ travail :	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	
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.	
Fait à ....., le ..... Signature des responsables légaux :	
Informations complémentaires	
Date du dernier rappel antitétanique : ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)	
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, maladies, suivi extérieur ...) : .....	
L'enfant bénéficie-t-il d'un ou de plusieurs dispositifs suivants : (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>punctuel</b> selon une <b>prescription médicale</b> (bronchodilatateur, antalgique...) : .....	
Médecin traitant (NOM, adresse, Tél) : .....	

\* 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