

FICHE D'URGENCE A REMPLIR

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom de l'établissement : Année scolaire :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident ou de problème médical, l'établissement s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **deux numéros de téléphone** :

1 - N° de téléphone du domicile :

2 - N° de travail du père : Portable :

3 - N° de travail de la mère : Portable :

4 - Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

- 1) En cas d'urgence, après appel au 15, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté. **La famille est immédiatement avertie par l'école.** Le médecin demandera systématiquement à la famille d'un élève mineur une autorisation de soins.
- 2) En cas d'urgence, après appel au 15, si l'état de santé ne nécessite pas de transfert vers une structure hospitalière, j'autorise le directeur à suivre les prescriptions du médecin régulateur
 OUI NON

Rappel : un élève mineur ne peut sortir du centre de soins qu'accompagné de sa famille

Date du dernier rappel vaccin antitétanique :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE
COCQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre ...)

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

A Le

Signatures des parents,