



MODELE EN LIGNE

FICHE D'URGENCE A l'intention des parents 2021-2022



Un document
perdu ? Flashez !

ELEVE - NOM : PRENOMS :
Date de naissance : / / Nationalité :
Lieu de naissance : Département :
Adresse :

Inscription en classe de
Etablissement fréquenté l'an passé (nom et adresse) :

Parent 1 (ou Resp. Légal)	Parent 2 (ou Resp. Légal)
NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphones : Domicile : / / / / Portable : / / / / Employeur : / / / /	Téléphones : Domicile : / / / / Portable : / / / / Employeur : / / / /
Profession :	Profession :

Autres personnes à prévenir en cas de problème : Nom : Tél. : / / / /
Nom : Tél. : / / / /

VACCINATIONS

La vaccination DTP (diphtérie - tétanos - polio) est obligatoire et doit être à jour.

La vaccination ROR (rubéole – oreillons – rougeole)

Veuillez joindre une photocopie ou noter les dates des vaccins ci-dessous :

DTP : date du dernier rappel : ROR (2 dates) :

N° et adresse du centre de sécurité sociale.....

N° et adresse de l'assurance scolaire.....

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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

PRISE DE MEDICAMENTS

Il est rappelé que les élèves ne doivent pas avoir de médicament sur eux dans l'établissement. **Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? : O oui O non (copie à fournir à l'infirmière sous pli)**

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du chef d'établissement.

En cas de besoin, **seule**, l'infirmière (présente une journée par semaine) peut donner à l'élève du **paracétamol** (Bulletin Officiel du 6 janvier 2000).

Votre enfant peut-il prendre du paracétamol (doliprane, dafalgan ...) ? **O oui O non**

Votre enfant est-il allergique à un médicament ? si oui le(s)quel(s) :

Nom -adresse- N°de téléphone du médecin traitant :