

**Fiche d'urgence** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

### Identité de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Numéro national : \_\_\_\_\_ Sexe (M ou F) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_




### Scolarité de l'année en cours

MEF : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_  
Régime : \_\_\_\_\_ Date entrée : \_\_\_\_\_




### Scolarité de l'année précédente

MEF : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Date de fin de scolarité dans l'établissement : \_\_\_\_\_




### Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Représentant légal

Nom : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Personne à contacter

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
 dom. : \_\_\_\_\_  travail : \_\_\_\_\_  portable : \_\_\_\_\_

### Autres renseignements

N° et adresse du centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° et adresse de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

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 ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

### 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...) : \_\_\_\_\_ (poursuivre au verso si besoin)  
NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

## VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio): .....

Joindre la photocopie des vaccins lors de la première inscription dans l'Etablissement.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Allergies: Alimentaires: ..... Médicaments: ..... Autres: .....

Asthme  Diabète  Epilepsie  Autres: .....

Interventions chirurgicales subies:

Traitements médicamenteux: .....  
.....

Suivi spécifique:  Orthophonie  Psychologique  MDPH

Aménagement d'épreuves aux examens:  Oui  Non

## PROCEDURE MEDICALE

### **1) TRAITEMENT DE COURTE DUREE:**

En cas de traitement sur le temps scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmerie les médicaments et l'ordonnance permettant leur délivrance.

### **2) TRAITEMENT PONCTUEL:**

**Les médicaments que l'infirmier(e) est susceptible d'administrer sont :**

- ANTALGIQUES (Doliprane)
- ANTISPASMODIQUE (Spasfon)
- ANTIDIARRHEIQUE et pour DOULEURS ABDOMINALES (Smecta)
- MAUX DE GORGE (Strepsils)
- ETAT ANXIEUX, NERVOSITE (Euphytose)

Etes-vous d'accord pour que l'infirmier(e) soit amené à donner à votre enfant un des médicaments cités ci-dessus en fonction de son état de santé ?

Oui

Non

**Date et signature du responsable légal :**

### **3) TRAITEMENT DE LONGUE DUREE :**

En cas d'affection de longue durée, il est impératif de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**.

Vous devez prendre contact avec l'infirmier(e) de l'établissement

il est de votre responsabilité de signaler tout changement de coordonnées et tout **nouveau problème médical** survenant en cours d'année scolaire.

Remplir, signer et placer cette fiche sous enveloppe cachetée à l'attention : "Infirmier(e) de Santé Scolaire" afin de respecter la confidentialité des renseignements.