

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Année scolaire : 2026/2027

Classe :

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

2 derniers établissements scolaires fréquentés (OBLIGATOIRE) :

.....

OBLIGATOIRE : **NOM** et **ADRESSE** du ou des représentant(s) légal(aux) :

Père : adresse :

Mère : adresse :

N° de sécurité sociale responsable **OBLIGATOIRE** :

N° de sécurité sociale de l'élève (**dès l'âge de 16 ANS**) :

Adresse du centre de sécurité sociale.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins 2 numéros de téléphone.

OBLIGATOIRE

1. N° du travail père :poste : portable :

2. N° du travail mère :poste :portable :

4. Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et lien avec la famille :

.....

OBLIGATOIRE : photocopie des vaccinations du carnet de santé avec date du dernier vaccin antitétanique

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement et les services d'urgences : (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...).....

.....

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

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours 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.

Vu et pris connaissance
Le représentant légal

date/...../.....

signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS.

(À rendre sous enveloppe cachetée portant la mention « fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève).

Fiche à compléter si votre enfant :

- Est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- Est susceptible de prendre un traitement d'urgence.
- Est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif ...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- Présente des difficultés particulières nécessitant des mesures d'adaptation.

NOM : PRENOM :

ADRESSE

TEL : TEL MOBILE :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, **prenez contact dès la rentrée avec le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire.**

Vu et pris connaissance
Le représentant légal.

date/...../.....

signature

(même si rien à signaler)