

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS *

Nom : Prénom :
Classe : Date de naissance :

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, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :
2. N° du père - Portable : Travail :
3. N° de la mère - Portable : Travail :
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

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.

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...):
.....
.....

A le **Signature des parents ou du représentant légal** :

***DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des **informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée** adressée au médecin ou à l'infirmière de l'établissement.

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, ces données seront traitées par les infirmières de l'établissement scolaire.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

ANTECEDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, troubles anxieux...)

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être **impérativement remis** au service de l'infirmier avec une **ordonnance datant de moins de 3 mois**.

ALLERGIE(S) :

L'élève a-t-il des allergies ? Médicamenteuses ? OUI NON
 Alimentaires ? OUI NON
 Autres ? OUI NON

Si oui lesquelles ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

Concerne les élèves ayant des problèmes de santé comme : diabète, asthme sévère, allergie sévère, épilepsie, troubles anxieux sévères, ...

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? OUI NON

(Si oui, merci de bien joindre une copie du PAI.)

- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI NON

- Est-ce que vous nous autorisez à diffuser le protocole d'urgence du PAI à l'équipe pédagogique ? : OUI NON

Troubles de la santé ou troubles de l'apprentissage :

- A-t-il déjà eu un PAP, PPS, Aménagement d'examen, ... : Oui Non

- Si oui, merci de préciser lequel :

Concernant les troubles suivants, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle puisse élaborer si besoin : PAP – PPS - GeVA SCO - Demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- Dyslexie OUI NON
- Dysorthographe OUI NON
- Dyscalculie OUI NON
- Dyspraxie OUI NON
- Déficience visuelle (sévère) OUI NON
- Déficience auditive (sévère) OUI NON
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) OUI NON
- Autre ? Précisez : _____

Si vous avez coché « oui », merci de joindre une copie des documents + bilans médicaux ou paramédicaux récents.

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé.

Fait à : _____, le : _____

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :