

FICHE D'URGENCE 2024/2025

Renseignements minimum indispensables à fournir aux services de secours en cas d'urgence. Pensez à nous informer d'éventuels changements (d'adresse ou de téléphone, ainsi que d'état de santé, survenant en cours d'année).

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

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° de travail de la mère : poste :

3. N° de travail du père : poste :

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

.....

En cas d'urgence, un élève malade ou accidenté 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 et doit donner au médecin une autorisation de soins, écrite et signée.

Loi n°2002-303, art L1111-4: aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne...Il doit être renouvelé avant tout geste médical ou chirurgical important car le consentement n'est pas donné une fois pour toute.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous, soussignés, Monsieur, Madame.....autorisons notre fils/fille à se rendre seul(e) chez le dentiste, le médecin, le kiné, le radiologue ou autre cabinet de soins et consultation sur proposition de l'infirmière et après accord téléphonique préalable avec nous

Date : Signature

Numéro de sécurité sociale de l'élève :

Numéro de sécurité sociale des parents :

Mutuelle :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'équipe éducative et des services de secours d'urgence (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....
.....

Autres :

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) mis en place ? oui non

Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) mis en place ? oui non

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

.....
.....

Les médicaments doivent faire l'objet d'une prescription et être déposés à l'infirmierie avec l'ordonnance.