

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS

LPO Léopold Elfort



Année scolaire 2019/2020

Nom Prénom :

Date de naissance :

Classe :

NOM et adresse du ou des représentant(s) légal(aux) :

.....
.....

Numéro, Nom 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. Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.

N° du domicile.....

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

N° du travail mère :poste : portable :

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

.....

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.

Date du dernier rappel antitétanique :

Date dernier vaccin Fièvre Jaune :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :

(Allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...).....

.....

.....

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

.....

Signature :

**Cette partie du DOCUMENT EST NON CONFIDENTIELLE à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire au verso ou sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX PARTIE CONFIDENTIELLE

Votre enfant porte t-il des lunettes : ☐ oui ☐ non

Votre enfant entend t-il bien : ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il diabétique : ☐ oui ☐ non si oui a- t-il un traitement :

Votre enfant est-il épileptique : ☐ oui ☐ non si oui a- t-il un traitement :

Votre enfant est-il asthmatique : ☐ oui ☐ non si oui a- t-il un traitement :

Votre enfant est-il drépanocytaire : ☐ oui ☐ non si oui a- t-il un traitement :

Votre enfant est-il allergique : ☐ oui ☐ non si oui a quoi :
a-t-il un traitement :

Votre enfant prend t-il des médicaments tous les jours : ☐ oui ☐ non

Si oui lequel :

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales et quelles maladies a – t-il eu :

.....

Votre enfant a- t-il déjà vu un psychologue : ☐ oui ☐ non

Votre enfant a- t-il déjà eu un PAI / PPS / PAP : ☐ oui ☐ non

Y a-t-il des informations confidentielles que vous souhaitez porter à la connaissance du service de l'infirmierie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus :

Date :

Signature :