

13, rue du Capitaine Ballot

77670 SAINT MAMMES

ce.0772803d@ac-creteil.fr 01 60 70 54 35



FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel à renseigner (recto et verso) par les familles à chaque début d'année, signé des deux parents

NOM : **PRENOM :**

Classe : Sexe : Date et lieu de naissance :

Interne : Externe : Demi-pensionnaire :

NOM et PRENOM des parents (ou du représentant légal) :

Adresse :

Code postal et ville :

Mail :

Numéro de sécurité sociale sous lequel est rattaché votre enfant :

Bénéficiaire de la CMU : Oui Non

Nom et adresse de votre centre de Sécurité Sociale :

Nom, n° d'adhérent et adresse de la mutuelle :

Nom, n° d'adhérent et adresse de l'assurance scolaire :

En cas de problème de santé ou d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant les numéros de téléphone auxquels vous êtes joignables.

N° parent 1 : Personnel : Professionnel :

N° parent 2 : Personnel : Professionnel :

Nom, numéro, qualité (grand-parent, sœur, ami,...) des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement et de venir chercher votre enfant en cas de nécessité :

Date du dernier rappel antitétanique : ____ / ____ / ____

PAI : Oui Non

Un PAI (projet d'accueil individualisé) sera à compléter si vous en exprimez la demande (problème de santé nécessitant la prise d'un traitement).

Observations particulières (allergies, précautions particulières à prendre) :

Port de lunettes : Oui Non

A porter en permanence Uniquement en classe

Suivi particulier extérieur (Orthophonie, psychomotricité, psychologie, consultation médicale spécialisée, ...)	Depuis le	Fréquence	Lieu et nom du professionnel assurant le suivi

Soins et urgences

En cas d'urgence, votre enfant est transporté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté. Nous vous prévenons dans les mêmes délais, aux numéros de téléphone indiqués sur cette fiche.

Nb : Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de ses parents.

Autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale

Nous, Madame , Monsieur , autorisons à anesthésier et à opérer notre enfant dans le cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, au cours de cette année scolaire 2023/2024, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

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

N'oubliez pas de signaler tout changement survenant au cours de l'année (santé, contacts téléphoniques, etc).

Fait à :

Le : ____ / ____ / ____

Signature des deux parents :