

Fiche Urgence Année scolaire 2024 / 2025

*Document **non confidentiel** à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire et destiné aux services hospitaliers qui pourraient éventuellement recevoir votre enfant.*

Identité de l'élève :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Classe :

Identité des responsables légaux :

Responsable légal n°1 :

Nom, Prénom :
Adresse :

Responsable légal n°2 :

Nom, Prénom :
Adresse :

Personnes à contacter :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible. Pour ce faire, veuillez nous transmettre les coordonnées suivantes par ordre de priorité à contacter :

	N° tel. Portable	N° de tel. Travail	Autre numéro
Responsable légal n°1 :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Responsable légal n°2 :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

N° de sécu. et adresse du centre de sécurité sociale :
.....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

Autres informations :

Nom, adresse et n° de tél. du médecin traitant qui suit l'enfant :
.....



PAI

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :

- OUI
 NON

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du directeur d'école ou du chef d'établissement.

Allergies alimentaires

Je soussigné,, certifie que mon enfant

- n'a pas d'allergies alimentaires connues et peut donc consommer les aliments éventuellement proposés à l'école (goûters d'anniversaire, crêpes, ...)
 est allergique aux aliments suivants : Dans ce cas, un PAI sera mis en place avec la famille pour fixer les modalités.

Lunettes

Votre enfant porte-t-il des lunettes :

- OUI
 NON

Doit-il les porter en sport et à la récréation :

- OUI
 NON

En cas d'urgence, j'autorise le transport de mon enfant accidenté ou malade par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par un personnel de l'établissement scolaire. Je suis informé qu'un élève mineur ne pourra sortir du centre hospitalier qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Autres informations utiles, éventuellement (précautions particulières...) :

.....
.....

Fait à, le

Signature