

FICHE D'URGENCE 2024-2025

Classe :

NOM : Prénom :

Date de naissance : __/__/____

N° Sécurité Sociale de l'élève : __/__/____/__/____/____/____

INDISPENSABLE, copie à fournir en cas d'évacuation par le 15 ou en cas d'accident de travail :

Attestation papier de la SS de la famille ou de la Carte vitale de l'élève s'il en possède une et **Mutuelle**

N° de portable de l'élève : __/__/____/__/____/____

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° de Sécurité Social du représentant légal : __/__/____/__/____/____/____

Nom et numéro du contrat d'assurance scolaire :

N° de téléphone du père / parent 1 : Mr/Mme

Domicile : __/__/____/__/____/____/____ Travail : __/__/____/__/____

N° de téléphone de la mère / parent 2 : Mr/Mme

Domicile : __/__/____/__/____/____/____ Travail : __/__/____/__/____

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de répondre rapidement :

Médecin traitant (Nom, adresse, n° de téléphone) :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : __/__/____

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

INFORMATIONS IMPORTANTES ET UTILES à porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc.) :

Régime :

(cocher svp)

- ☐ Externe
☐ DP
☐ Interne

AUTORISATION DE TRANSPORT ET DE SOINS :

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame
autorisons en cas d'urgence, à confier notre enfant
à l'équipe des services de secours d'urgence (ambulance, pompiers, SAMU) afin
qu'il soit orienté et transporté vers l'hôpital le plus proche, sans être accompagné
par un autre membre du personnel de l'établissement. Nous serons immédiatement
avertis par vos soins et nous rejoindrons notre enfant sur place (un élève mineur
ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille).

De plus, nous autorisons les soins et l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime
d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il ou elle, aurait à subir
une intervention chirurgicale en urgence.

Fait à

Le __/__/____

Signature des parents :

Information :

Un médicament n'est jamais inoffensif. Une ordonnance du médecin traitant est EXIGE
pour un traitement à prendre pendant le temps de présence de l'élève dans
l'établissement (merci de vous rapprocher de l'infirmière).

Aucun médicament ne sera délivré par l'infirmière sans ordonnance, sauf dans des
cas rares et exceptionnels, soumis à son évaluation.

Dans ce cadre seulement, j'autorise exceptionnellement l'infirmière, après évaluation
de la situation par celle-ci, à administrer à notre enfant (cocher svp) :

- | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|
| - Doliprane | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Spasfon | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Signature des parents :

Je déclare avoir pris connaissance des missions de l'infirmière et des modalités de
fonctionnement de l'infirmerie (brochure « Les Missions de l'Infirmière de l'Education
Nationale).

Fait à

le __/__/____

Signature de l'élève :

Signature des parents :