



ANNEE SCOLAIRE 2018 - 2019

**FICHE D'URGENCE INFIRMIERE**

à signer OBLIGATOIREMENT au dos

Nom : ..... Prénoms : ..... Classe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Régime (cocher) :  Externe  Demi-pensionnaire  Interne

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Nom : .....

Adresse : .....

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de **prévenir la famille** le plus rapidement possible.

Veuillez nous préciser **vos coordonnées téléphoniques** : (veuillez nous signaler tout changement dans l'année)

1. N° du domicile : .....

2. N° du travail du père : ..... GSM : .....

3. N° du travail de la mère : ..... GSM : .....

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

.....

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade, est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital désigné par le médecin régulateur du SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

- *Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné du responsable légal* -

**VACCINATIONS (à remplir, s'il vous plaît, pour savoir si les vaccins sont à refaire)**

Date du dernier rappel du **TETANOS (DTP)** à refaire tous les 5 ans) .....

Date du dernier rappel **BCG** .....

Date du dernier rappel **Hépatite B**, *obligatoire pour les sections professionnelles et post-bac, sauf BTS ESF et SP3S* : .....

Dates de 2 vaccinations du **ROR** .....

**Joindre OBLIGATOIREMENT une photocopie de toutes les pages des « vaccinations » du carnet de santé**

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

.....

Numéro de sécurité sociale

.....

Vision (1) : Lunettes  Lentilles

Audition (1) : Bonne  Mauvaise

« Maladies graves » de votre enfant dans l'enfance ? .....

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? .....

Votre enfant est-il diabétique ?  (1) si traitement lequel ? .....

Votre enfant est-il épileptique ?  (1) si traitement lequel ? .....

Votre enfant est-il asthmatique ?  (1) si traitement lequel ? .....

Votre enfant est-il drépanocytaire ?  (1) si traitement lequel ? .....

Votre enfant a-t-il des problèmes cardiaques ?  (1) si traitement lequel ? .....

Autres maladies ? : ..... traitement .....

Votre enfant suit-il un traitement autre ? oui  non  (1) lequel ..... Pourquoi ? .....

**Fiche à compléter absolument si votre enfant est :**

- Atteint(e) d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

**N.B. :** En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous pouvez contacter ou vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), conformément à la circulaire ,n° 2003 135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

*N'hésitez pas à prendre contact avec l'infirmière au 02 62 94 46 55 pour tout renseignement.*

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?  (1) Pourquoi ..... prescrit par .....  
(ne pas noter les interdictions alimentaires pour des raisons religieuses).

Votre enfant est-il allergique ?  oui  non  
Si oui : à des médicaments ?  Le(s)quel(s) .....  
à des produits alimentaires ?  Le(s)quel(s) .....  
Mange-t-il à la cantine ?  oui  non  
à un autre produit ?  Le(s)quel(s) .....

Si allergie : quelles manifestations ? Rougeur  Nez qui coule  Eternuements   
Démangeaisons  Gonflement  Œdème de Quincke  Autres .....

(1) cocher la case si besoin / Si votre enfant ne présente aucune maladie, veuillez tout barrer, MERCI

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus

A ..... Le .....

**Signature des parents ou du représentant légal**

\* NB : DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles

Tout document mal renseigné dégage l'établissement de toute responsabilité.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, Enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement