



## FICHE MEDICALE D'URGENCE

**CE DOCUMENT N'EST PAS CONFIDENTIEL** : SI VOUS SOUHAITEZ TRANSMETTRE DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES, VOUS POUVEZ LE FAIRE SOUS ENVELOPPE FERMEE A L'ATTENTION DU MEDECIN OU DE L'INFIRMIERE SCOLAIRE.

### ETUDIANT

NOM ..... PRENOM .....
   
 Date de naissance ..... Entrée en classe de .....
   
 N° de sécurité sociale .....
   
 Adresse du centre de sécurité sociale .....
   
 .....
   
 Compagnie et N° de l'assurance scolaire – Adresse .....
   
 .....

**En cas d'accident, l'établissement prévient la famille par les moyens les plus rapides :**

| Responsable légal : | Responsable légal : | Personne susceptible de vous prévenir rapidement : |
|---------------------|---------------------|--|
| .....               | .....               | .....  |
| Domicile : .....    | Domicile : .....    | Domicile : .....                                   |
| Portable : .....    | Portable : .....    | Portable : .....                                   |
| Travail : .....     | Travail : .....     | Travail : .....                                    |

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence 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.**

**Votre enfant est-il mineur et interne dans l'établissement?**     OUI     NON
   
 > Si oui :
   
 J'autorise les services médicaux à prodiguer à mon enfant les soins nécessaires.
   
 Si un personnel de l'établissement est disponible, je l'autorise à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'hôpital uniquement dans le cas où il me serait impossible de me déplacer.
   
 J'autorise mon enfant à se rendre à une consultation médicale urgente sur avis de l'infirmière et accord du chef d'établissement.

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

- Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre). Si votre enfant bénéficiait d'un Projet d'Accueil Individualisé ou d'aménagements particuliers, merci de contacter l'infirmière.

.....

.....

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

.....

.....

Fait à .....,

**Les responsables légaux :**

**L'étudiant(e) :**

le .....