

Fiche d'urgence 2026/2027

Nom : Prénom :

Classe :

Né(e) le : Sexe : M F

Etablissement d'origine :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

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

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières comme une prise de traitement sur le temps scolaire, un aménagement de sa scolarité ou tout autre précaution en lien avec sa santé, un projet d'accueil individualisé (PAI) devra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès de l'infirmier. Nous vous accompagnerons au mieux dans la mise en place au sein de l'établissement.

Les inscriptions étant maintenant dématérialisée, nous vous proposons de nous rencontrer sur des temps dédiés afin d'évoquer les situations pour lesquels le contact humain reste nécessaire à une bonne prise en soin, pour cela il suffit d'en faire la demande ci-dessous (Les infirmiers prendront contact avec vous pour échanger par téléphone ou fixer un rendez-vous) :

Souhait de la famille à être contactée par : **INFIRMIERS** **ASSISTANTE SOCIALE**

Votre enfant bénéficie-t-il déjà d'un aménagement ? Si oui :

PAI (santé) **PAP (pédagogique)** **PPS (handicap)**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

<p><u>Responsable légal 1 :</u></p> <p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Domicile :</p> <p>Portable :</p>	<p><u>Responsable légal 2 :</u></p> <p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Domicile :</p> <p>Portable :</p>
--	--

Numéro de sécurité social de l'élève (attestation de droits à télécharger sur AMELI) : _ _ _ _ _

Téléphone portable de l'élève :

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (jj/mm/aaaa) :

Nom et n° de tel du médecin traitant :

Document non confidentiel, à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire de l'établissement.

Signature des parents ou des responsables légaux