MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE **Inspection Académique de l'Essonne**

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Non confidentielle, à remplir et à remettre à l'établissement

Nom de l'établissement …… Année scolaire : ……

Nom : …… Prénom : ……
Classe : …… Date de naissance : ……

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : ……
……
Nom de l'Etablissement d'origine : ……
……

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : ……
2. N° du travail du père : …… Poste ou n° portable :……
3. N° du travail de la mère : …… Poste ou n° portable : ……
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : ……
……

J'autorise la Direction de l'Ecole et du Collège Privés SAINT-NICOLAS, en cas d'urgence à faire hospitaliser et opérer mon enfant. Un élève accidenté ou malade est orienté par le SAMU ou les pompiers vers l'hôpital le plus proche. Si votre enfant est hospitalisé, seuls les parents sont habilités à le récupérer. En cas de nécessité, l'Etablissement vous contactera pour venir chercher votre enfant à l'Etablissement (<u>nous n'assurons pas le transport des enfants pour les examens médicaux</u>).

Votre enfant bénéficie t-il d'une CMU ? Si oui, joindre <u>obligatoirement</u> la photocopie de l'attestation de CMU.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……
Ou photocopie des vaccinations (carnet de santé)
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Tout traitement médical doit être déposé dans un sachet au nom de l'enfant avec l'ordonnance **<u>OBLIGATOIREMENT</u>**.

Votre enfant présente-t-il : - un problème de santé ? OUI ☐ NON ☐
- une maladie chronique pouvant nécessiter la prise de médicament pendant le temps scolaire ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, son état nécessite-t-il des soins ou un aménagement sur le temps scolaire ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, demandez-vous un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI ☐ NON ☐

Date et signature :

---

* *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 de l'établissement.