

Fiche d'urgence des **ELEVES INTERNES** Année scolaire 2022/2023

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.

Joindre les photocopies de toutes les vaccinations lors de la première inscription

Nom : **Prénom** :

Classe : **Date de naissance** :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

En cas d'accident ou de maladie, 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 : N° de portable :
3. N° du travail de la mère : N° de portable :
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Suivi particulier dans le cadre d'un :

- | | |
|---|---|
| PAI (Projet d'Accueil Individualisé avec protocole d'urgence ou prescription médicale) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé avec aménagements pédagogiques) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation, en lien avec la MDPH) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Autre (Orthophoniste, CMPP...) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (le cas échéant, fournir une copie des documents et prendre contact avec l'infirmière) :

Tournez la page SVP

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Problèmes de santé à signaler obligatoirement

Si vous répondez oui à l'une de ces rubriques, prendre contact avec l'infirmière dès la rentrée.

Pathologie		Traitement médicamenteux à préciser
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser lesquelles :	
Allergies autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser lesquelles :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres		

Votre enfant est-il : Fumeur Non fumeur

Vous devez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité. **Ce document est à demander au médecin traitant.**

Tél (standard) : 04.90.16.36.00

Tél (infirmierie) : 04.90.16.36.10