

FICHE MEDICALE SANTE / URGENCE

Classe :

NOM / Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Nom, Prénom et adresse du représentant légal 1 :

Nom, Prénom et adresse du représentant légal 2 (si différent) :

	Portable	Domicile	Professional
Représentant légal 1			Poste :
Représentant légal 2			Poste :
Autre			Poste :

Nom du médecin traitant :

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE

Il est rappelé que votre enfant ne doit pas venir en cours à jeun : le petit-déjeuner est une condition essentielle de réussite physique et intellectuelle.

- ☞ Si votre enfant suit un traitement médical régulier ou ponctuel, merci d'en informer l'infirmier(e).
- ☞ En cas d'urgence, un(e) élève accidenté(e) ou malade est orienté(e) et transporté(e) par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'établissement. Un(e) élève mineur(e) ne peut sortir de l'hôpital que s'il (elle) est accompagné(e) de sa famille.

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire particulier ?

Oui Non

Si Oui, lequel ? PAI PPS PAP 1/3 TEMPS CNED

AUTRE :

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? Oui Non

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

IMPORTANT : Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement