académie Strasbourg
direction des services départementaux de l'éducation nationale Haut-Rhin

Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

# FICHE D'URGENCE

## Année scolaire 20…../20…..

*(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.)*

Réf : B.O. Hors Série N°1 du 06 janvier 2000

**Cachet de l'établissement**

Nom : _____ Classe : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

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 :

| | **Père** | **Mère** |
|---|---|---|
| **Nom** | | |
| Adresse | | |
| N° de téléphone du domicile : | | |
| N° du portable | | |
| N° du travail : | | |

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

..... ☎ _____

N° et adresse du centre de sécurité sociale

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

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.

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

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

.....

***Si l'état de santé de votre enfant nécessite un suivi particulier que vous jugez nécessaire de porter à la connaissance du service santé de l'établissement dans lequel il est scolarisé*** *(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)* ***merci de transmettre ces informations personnelles et confidentielles, sous enveloppe fermée, à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.***

**Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.**

**Enveloppe confidentielle remise :**

**Oui ☐** **Non ☐** À _____ le, .....

***(Merci de mettre une croix dans la case concernée)***

**Signature des parents**