

**FICHE D'URGENCE****NOM de l'élève** : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance.....

**RESPONSABLE 1** (Nom/prénom) \_\_\_\_\_

☎ Téléphone Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE 2** (Nom/Prénom) \_\_\_\_\_

☎ Téléphone Travail \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

**\*Nom d'une personne relais joignable en cas d'urgence :**

\_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

**ASSURANCES SCOLAIRES**

☞ **Assurance Scolaire** de l'école GROUPAMA : OUI  NON  Si non, N° contrat et adresse de l'assurance scolaire  
 autre que celle proposée par l'école \_\_\_\_\_

**DELEGATION DE POUVOIR et AUTORISATION d'INTERVENTION CHIRURGICALE**

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

**Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame** \_\_\_\_\_ **parents de** \_\_\_\_\_

**AUTORISONS** le chef d'établissement de l'école Sainte-Marie ou, en son absence, l'Adjoint ayant délégation, en cas d'impossibilité de me joindre – à prendre en cas d'urgence toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique avec anesthésie, jugées indispensable, par le SAMU ou les pompiers.

**AUTORISONS** l'anesthésie de notre fils/fille.....au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A .....le .....Signature des parents :

**OBSERVATIONS**

- 1) **Nom, adresse, n° de téléphone du médecin traitant** \_\_\_\_\_
- 2) Observations particulières que vous jugerez utiles de porter connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours).  
.....
- 3) Votre enfant porte-t-il des lunettes (doit-il les enlever au cours des jeux extérieurs ?), des prothèses auditives, des prothèses dentaires :  
.....

**MISE EN PLACE D'UN PAI** : non  oui  ▶ Asthme Allergie alimentaire (à entourer)

**Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) devra être signé entre l'établissement, le médecin traitant et les parents des enfants soumis à un traitement médical, susceptibles de présenter des troubles graves ou allergiques d'une manière importante.**

**Il est rappelé qu'aucun traitement ne doit être laissé à l'enfant dans son cartable et ne peut être déposé dans l'établissement sans ordonnance médicale et PAI.**

En cas de mise en place d'un PAI, veuillez contacter le chef d'établissement pour recevoir les documents nécessaires. Une trousse des médicaments avec l'ordonnance **devront être remise à l'établissement et au restaurant scolaire** accompagnées du PAI complété par le 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 chef d'établissement.**



**VACCINATIONS – \*Copie carnet vaccinations à joindre à la fiche d'urgence**

Nous vous rappelons que les vaccins obligatoires doivent être à jour pour confirmer la scolarisation de votre enfant au sein de notre établissement.

↪ **Vaccination** contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (**DTP**) : -

Date dernière injection : .....

↪ **Vaccination** antituberculeuse **BCG** (non obligatoire) :

Date .....

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant : \_\_\_\_\_.

Fait à Vallet, le.....

Signatures :

**ANNEXE - VACCINATIONS****A remplir dans le cas où les vaccins ne sont pas à jour**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) ..... m'engage à mettre à jour la vaccination DTP de mon enfant (NOM et prénom) ..... avant le 15 septembre et de fournir une nouvelle copie du carnet de vaccination à l'école.

Fait à VALLET, le.....

Signature

**A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) ..... déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles pour mon enfant en cas d'épidémie

Fait à VALLET, le.....

Signature

Joindre obligatoirement un certificat médical. L'article R-311-16 du code de santé publique stipule que le refus de vaccination peut faire l'objet d'une information par le Président du Conseil Général au Procureur de la République

**IMPORTANT : à noter**

Contre-indications médicales.....

.....

.....