

**FICHE SANITAIRE D'URGENCE**

Votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport dans un hôpital. En de telles circonstances, rares, mais toujours possibles, et afin d'agir au mieux des intérêts de votre enfant, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous :

**ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

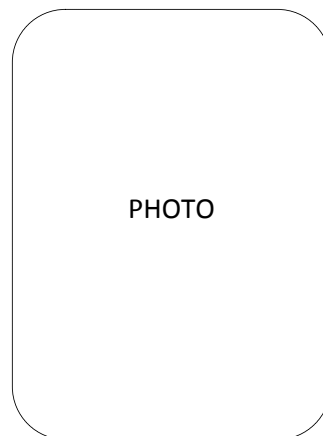
Né(e) le : ...../...../ ..... à .....

Sexe : M / F \*

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui / non\*

doit-il les garder ? en classe\*, en sport\*  
pendant les récréations\*

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



**ALLERGIES**

ASTHME : oui / non \*

MEDICAMENTEUSES : oui / non \*

ALIMENTAIRE : oui / non \*

AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA  
CONDUITE A TENIR **(joindre le PAI)**

*Si automédication, le signaler*

.....  
.....  
.....  
.....

PROBLEME(S) DE SANTE	TRAITEMENT(S)

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....PRENOM : (père, mère, tuteur).....

ADRESSE : .....CP : .....Ville : .....

*En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.*

Tel domicile : ..... portable mère : .....portable père : .....

*\*rayez la mention inutile*

## RENTREE SCOLAIRE 2015/2016

N° de sécurité sociale et adresse du centre de rattachement :

.....  
.....

N° de contrat de l'assurance scolaire et adresse de l'organisme :

.....  
.....

**Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date : .....

Signature :