

FICHE SANITAIRE D'URGENCE Classe :

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

ELEVE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

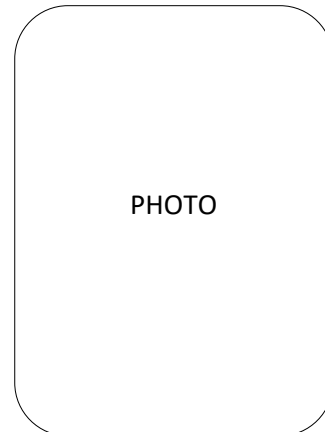
Sexe : M / F *

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

Si oui doit-il les garder ?

- en classe*
- pendant les récréations*
- pendant les séances de sport*

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :



ALLERGIES

ASTHME : oui / non *

MEDICAMENTEUSES : oui / non *

ALIMENTAIRES : 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 :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le :

Signature :