

FICHE SANITAIRE D'URGENCE

Afin d'assurer le bien-être et la sécurité de votre enfant durant le temps scolaire, certaines informations médicales peuvent être nécessaires. Nous vous remercions de bien vouloir compléter la fiche ci-dessous afin de nous permettre d'agir de manière adaptée si besoin

ELEVES

Nom Prénom :

Sexe M F Né(e) le/...../.....L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui non Si oui doit il les garder : En classe pendant les récréations

Photo

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**RESPONSABLE LEGAL 1** Nom Prénom :

Portable : Travail :

RESPONSABLE LEGAL 2 Nom Prénom :

Portable : Travail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES – Lien de parenté

Nom Prénom :

Portable : Travail :

INFORMATIONS MEDICALES IMPORTANTES

Médecin traitant :téléphone

Groupe sanguin (si connu) :

Problème de santé / Traitement médical en cours oui non Si oui, joindre PAIAllergie : MEDICAMENTEUSES oui non - ALIMENTAIRES oui non

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 de l'enfant....., atteste l'exactitude des informations renseignées et autorise le responsable de l'établissement à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale (soins, hospitalisation ou intervention chirurgicale). Le :

Signature :