



# FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2020-2021

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom et adresse du représentant légal : .....

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

Nom, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant : .....

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale du représentant légal : . / . . / . . / . . / . . . / . . . / . .

Régime sécurité sociale :  CPAM  MSA  RSI  
 CNMSS (Régime spécial des militaires)  Régime spécial des fonctionnaires

Mutuelle:  oui  non

Si oui préciser nom et adresse de l'organisme : .....

.....

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

.....

## ◆ EN CAS D'ACCIDENT OU DE NECESSITE

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:

1. N° de téléphone du domicile : .....
2. N° portable du père : ..... Tél. travail : .....
3. N° portable de la mère : ..... Tél. travail : .....
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de son représentant légal.

## ◆ LES VACCINATIONS

Vaccin antitétanique : .....

-  
-

Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.

#### ♦ LA PRISE DE MEDICAMENTS

Elle doit rester exceptionnelle.

- En cas de traitement ponctuel prescrit par votre médecin, les médicaments seront déposés à l'infirmerie avec l'ordonnance correspondante.
- Dans le cas d'une maladie chronique, contacter le médecin scolaire pour l'établissement d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

#### ♦ OBSERVATIONS PARTICULIERES concernant votre enfant :

<b>SANTE</b>		
<input type="checkbox"/> Traitement en cours		
<input type="checkbox"/> Allergie		
<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un P.A.I. au cours de la précédente année scolaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, souhaitez-vous le reconduire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<b>SCOLAIRE / PEDAGOGIQUE</b>		
<input type="checkbox"/> Dyslexie		
<input type="checkbox"/> Dyspraxie		
<input type="checkbox"/> Dysphasie		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un P.A.P. (Plan d'Accompagnement Personnalisé) au cours de la précédente année scolaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, souhaitez-vous le reconduire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le P.A.P. est mis en place uniquement si la famille en fait la demande auprès du médecin scolaire. Un bilan orthophonique devra être fourni.		

Pour prendre rendez-vous avec le médecin scolaire (**Docteur F.Blum**) :

- Contacter par téléphone le C.M.S. (centre médico-scolaire) de Lunel au **04 67 87 84 94**
- Par email : [frblum@hotmail.fr](mailto:frblum@hotmail.fr)

Pour toute information, joindre l'infirmière scolaire de l'établissement (**Mme V. Dubreuil**) au **06 85 60 17 04**.

Date et signature du responsable légal :