

Cette fiche est systématiquement emportée par les accompagnateurs de tout déplacement hors de l'établissement.
De même, elle accompagnera systématiquement l'élève en cas d'évacuation médicale d'urgence.

NIVEAU

Primaire
Secondaire
Classe :
Année scolaire
202...../202.....

1/IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

SEXE : Féminin Masculin

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

COMMUNE DE NAISSANCE : _____

NATIONALITE : _____

ADRESSE : _____

2/ RESPONSABLE 1 (Légal et financier)

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

Lien avec l'élève : Père Mère Tuteur Autre

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

RESPONSABLE 2 :

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

Lien avec l'élève : Père Mère Tuteur Autre

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

Tél : _____

Lien avec l'élève : _____

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

Tél : _____

Lien avec l'élève : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

En vertu des articles du Bulletin Officiel du 06/01/2000, l'infirmier -ière n'est pas autorisé(e) à donner des médicaments sans prescription médicale.

En cas de traitement ponctuel, les médicaments doivent obligatoirement être déposés à l'infirmierie avec l'ordonnance.

MEDECIN TRAITANT (Nom, N° de téléphone, Adresse) :

Prise régulière de médicaments :

Maladies chroniques ou handicap :

Allergies :

Interventions chirurgicales :

Informations particulières :

Groupe et rhésus sanguins : _____

Vaccins (Fournir une photocopie des pages de vaccination)

Date du dernier DTPolio : _____

Date du dernier vaccin antitétanique : _____

PARCOURS PARTICULIER

PPS (MDPH)

PAP (Troubles de l'apprentissage)

PAI (Soins)

Je soussigné(e) _____, certifie l'exactitude des informations indiquées et je m'engage à signaler tout changement de situation.

Date et signature du responsable 1

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.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame 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.

À..... Le.....

Signature des responsables

Date et signature

Responsable 1

Date et signature

Responsable 2