

Année 2026 / 2027

FICHE D'URGENCE (NON Confidentielle)

Classe :

Externe – Demi-pensionnaire

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum un numéro de téléphone :**

Représentant légal 1 – père / mère

NOM :

Adresse.....

☎ domicile :

☎ travail :

☎ portable :

☎ adresse électronique :

Représentant légal 2 – père / mère

NOM :

Adresse.....

☎ domicile :

☎ travail :

☎ portable :

☎ adresse électronique :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

**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'avec sa famille. Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transports...) seront réglés par la famille et pris en charge par la sécurité sociale si prescription médicale.**

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DT Polio):

NOM, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l'établissement** et des services d'urgence : **allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...**

Vous souhaitez transmettre des informations confidentielles : vous pouvez le faire, sous enveloppe, à l'attention de l'infirmier-ère ou du médecin de l'éducation nationale.

À le

Signature(s) du ou des représentants légaux :





AUTORISATION D'ADMINISTRER UN TRAITEMENT EN CAS DE MALADIE CHRONIQUE

Monsieur

Madame.....

Adresse

.....

N° tel :

Parents de l'enfant :

.....

Scolarisé à l'école : commune

Classe :

Nom de l'enseignant :

Je soussigné(e),

représentant légal de l'enfant.....

autorise que le traitement prescrit sur l'ordonnance du Drdélivrée

le, soit administré à mon enfant sur le temps scolaire et pendant les

activités périscolaires

Fait à, le

Signature des parents :

*l'ordonnance doit être **valide** (datant de trois mois) et comporter de façon lisible

- le nom du médicament
- sa posologie (les doses exactes)
- son mode d'administration

Le médicament prescrit doit être remis à l'école marqué au nom de l'enfant.
Les parents devront être attentifs à la date de péremption du médicament confié à l'école.
L'école rendra le traitement ainsi que l'ordonnance à la famille en fin d'année scolaire.