FICHE SANITAIRE D’URGENCE 2025 -2026

Une photocopie est remise au service d’urgence en cas d’accident nécessitant un transport vers une structure de soins.

Ecole Elémentaire Maurice Hamayon – 8 rue contamine -78790 SEPTEUIL

En cas de nécessité, un élève accidenté ou malade peut être transporté ou orienté par les services de secours d’urgence vers la structure de soins la mieux adaptée. L’école s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Document non confidentiel, à remplir en début de chaque année.

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Date de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Fille  Garçon 

Classe : CP□ CE1□ CE2□ CM1□ CM2□

Coordonnées des représentants légaux :

Mère/Mme …………………………………. Adresse : …………………………………………………………………..

Père/M. …………………………………… Adresse idem □ ou : ……………………………………………………..

N° du centre de sécurité sociale : ……………………………………………………………...

N° et adresse de l’assurance scolaire : ……………………………………………………….

Nom et adresse du médecin traitant : ……………………………………Téléphone: ………/………/……../……/………

Veuillez faciliter la tâche des pompiers ou SAMU en indiquant un maximum **de numéros de téléphone pour vous contacter rapidement**.

Domicile : ………../……../……../…….../……….. Autre domicile éventuel : ………../……../……../…….../………..

Portable mère : ………../……../……../…….../……….. Portable père : ………../……../……../…….../………..

Travail mère : ………../……../……../…….../……….. Travail père : ………../……../……../…….../………..

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

M. ou Mme : …………………………………….……. Domicile : ………../……../……../…….../………..

Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de l’un de ses représentants légaux.

Veuillez nous indiquer si votre enfant rencontre des problèmes médicaux. Attention, en cas de maladies chroniques (asthme, diabète…), des allergies ou des intolérances alimentaires, merci d’entrer en contact avec la directrice afin de mettre en place un projet d’accueil personnalisé (PAI).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Mettre une croix dans les cases* | OUI | NON | Si oui, précisez |
| L’enfant suit-il un traitement médical ? |  |  |  |
| L’enfant fait-il des allergies ? (médicaments, aliments, autres…) |  |  |  |
| L’enfant présente-t-il une maladie chronique ? (asthme, convulsions, diabète, autre…) |  |  |  |
| L’enfant porte-t-il des lunettes ? |  |  |  |
| Autres informations que vous jugerez utiles : |  | | |

 Nous nous engageons à signaler **par écrit** tout changement dans les renseignements fournis ci-dessus.

VACCIN ANTITÉTANIQUE

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans. Se référer au carnet de santé de l’enfant).

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du médecin scolaire.

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 légaux