# FICHE d'URGENCE 2024/2025 (à remplir par les responsables légaux)

**SCOLARITE**

Niveau scolaire : TPS PS MS GS CP CE 1 CE 2 CM 1 CM

Nom de l'enseignant.e : …….

Votre enfant bénéficie du dispositif ULIS : oui ◯ non ◯

Un PAI (plan d'accueil individualisé) est mis en place pour votre enfant : oui ◯ non ◯

Votre enfant bénéficie d'un PPS, PPRE, PAP : oui ◯ non ◯

Suivi à l'extérieur : ……

**ÉLÈVE**

**NOM :** _____ **Prénom(s) :** _____/_____/_____ **Sexe : M** ☐ **F** ☐

**Né(e) le : …. / …. / ……..** **Lieu de naissance** (commune et département) **:** _____

**Nombre d'enfants dans la famille :** _____ **Nombre d'enfants scolarisés dans notre école :** _____

**Adresse :** _____

**Code postal :** _____ **Commune :** _____

En cas d'accident, 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.

**RESPONSABLES LÉGAUX***

situation de famille :

☐ mariés, Pacsés ☐ vie maritale ☐ célibataire ☐ divorcés, séparés ☐ veuf(ve)

**Pour les parents divorcés, prière de remettre la photocopie du jugement du divorce quant à la garde de l'enfant.**

**adresse de l'autre parent (si parents séparés) :**

**Mère/Père** **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

Nom d'usage : _____ **Prénom :** _____

Année de naissance : _____ Profession : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de travail : _____

**Père/Mère** **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

Nom d'usage : _____ **Prénom :** _____

Année de naissance : _____ Profession : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de travail : _____

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

**Organisme :** _____

**Fonction :** _____ **Lien avec l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

## Autres personnes à contacter en cas d'urgence

NOM-PRENOM : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

---

NOM-PRENOM : _____ Lien avec l'enfant **:** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 ou pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur.**

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et sur les consignes des services d'aide médicale d'urgence (15), le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

**OBLIGATOIRE : Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :**……
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de 'établissement** (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :
……
……

**Nom, adresse et n° de téléphone du Médecin traitant :**
……

**Assurance scolaire** : …… **numéro de contrat** : ……

**Si vous avez des renseignements confidentiels complémentaires à transmettre au médecin scolaire, vous pouvez demander au directeur de l'école une fiche que vous lui retransmettrez sous pli cacheté à l'attention du médecin scolaire.**

**Fiche confidentielle à réclamer si votre enfant est :**

- **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire.**
- **Susceptible de prendre un traitement d'urgence.**
- **Atteint d'un handicap ou d'une maladie pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.**

*Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.*

*Après en avoir pris connaissance (affichage à l'école ou site Internet), nous déclarons accepter le règlement de l'école.*

**Date** : **Signature des parents ou responsable légal :**