|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHE D’URGENCE**Année scolaire 2020/2021 |

**Nom :** ……………………………….. **Prénom :** ………………………………..

**Classe :** Choisissez un élément. **Date de naissance** : …/…/…

**PERSONNES A CONTACTER**

*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 :*

N° de téléphone du domicile ………………………

N° de portable du père : ……………………… N° du travail du père : ………………………

N° de portable de la mère : ……………………… N° du travail de la mère : ………………………

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’accompagné de sa famille.

**DOSSIER SANTE**

**Médecin traitant** : ………………………………….. Ville : ………………………………….. 🕿 : ……..

**N° sécurité sociale**: …………………………………..

**Nom et adresse de l’assurance scolaire**: contrat n°208 500 516 460 87

Mutuelle Saint Christophe – 277, rue Saint Jacques 75256 Paris Cedex 05

*Si votre enfant souffre d’une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.),* ***vous devez demander la rédaction d’un Projet d’Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire****, en accord avec le médecin traitant.* **DEMANDE DE PAI : Oui** [ ]  **Non** [ ]

**Allergies alimentaires et médicamenteuses :** …………………………………..

**Autres problèmes de santé : (asthme, etc…..) :** …………………………………..

**Port de lunettes :** en permanence [ ]  en classe seulement [ ]

**Port de prothèses auditives :** en permanence [ ]  en classe seulement [ ]

**Contre-indications médicales :** …………………………………..

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

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

**DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D’URGENCE**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ………………………………….. autorisons Mme Laëtitia BOUDET, ou en son absence, l’adjointe ayant délégation, à prendre, **en cas d’urgence**, toutes décisions de **transport, d’hospitalisation ou d’interventions cliniques jugées indispensables et urgentes** par le médecin appelé.

La présente autorisation vaut pour mon enfant ………………………………….. mais **seulement en cas d’impossibilité de nous joindre**.

A ………………………………. Le …………………… Signature des parents :

 