



## Fiche médicale d'urgence

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe
.....	.....	.../.../.....	.....

### PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

	Nom	Prénom	Téléphone
Mère	.....	.....	.../.../.../.../...
Père	.....	.....	.../.../.../.../...

N° de sécurité sociale du parent référent .....

### AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Lien (grand-parent, ami...)	Téléphone
.....	.....	.....	.../.../.../.../...
.....	.....	.....	.../.../.../.../...
.....	.....	.....	.../.../.../.../...
.....	.....	.....	.../.../.../.../...
.....	.....	.....	.../.../.../.../...

### En cas d'accident, les encadrants ont pour consigne

- De faire le 15 ou 112 à partir d'un portable (SAMU)
- De prévenir les parents ou la personne qui a la garde légale de l'enfant

Toutefois si les symptômes n'ont rien d'inquiétant, que l'enfant n'est pas en danger, mais que nous préférons être rassurés par un examen médical, une radio..., nous tenterons de joindre d'abord les parents, pour savoir si vous préférez venir chercher votre enfant pour le conduire vous-même à l'hôpital ou chez votre médecin.

**En cas d'absence de la personne qui a la garde légale de l'enfant, les encadrants appelleront :**

- **les personnes répertoriées ci-dessus**
- **le médecin traitant**

Nom médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Enfin si l'hospitalisation de l'enfant s'avère nécessaire, et dans la mesure où l'établissement hospitalier n'est pas imposé en fonction du secteur dans lequel se trouve l'école, faire transporter l'enfant de préférence à **Nom et adresse de l'hôpital** : .....

.....

**Les renseignements suivants serviront à lui assurer sécurité et confort**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel .....

A-t-il des allergies ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles .....

Présente-t-il une pathologie chronique (Asthme, autre...) ☐ oui ☐ non

A-t-il des poussées de fièvre ? ☐ oui ☐ non

Est-il sujet à des convulsions ? ☐ oui ☐ non

A-t-il souvent mal à la tête ? ☐ oui ☐ non

Suit-il un régime particulier nécessitant un protocole de soins spécifiques (PAI)  
☐ oui ☐ non

Si oui, date de validité : .....

**Joindre les photocopies des pages vaccination du carnet de santé.**

Fait aux Alluets-le-Roi le .....

Signature du représentant légal de l'enfant  
précédée de la mention « Lu et approuvé »