



**ACADÉMIE
DE STRASBOURG**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Mission de Promotion de la
Santé en Faveur des Elèves**

FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 20.... / 20....

*(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par
les familles à chaque début d'année scolaire.)*

Réf. : B.O. Hors série N°1 du 6 janvier 2000

Cachet de
l'établissement

Nom : _____ Classe : _____
Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone

	<i>Responsable légal 1</i>	<i>Responsable légal 2</i>	<i>Autres</i>
Nom et Prénom			
Adresse			
N° de téléphone du domicile			
N° de téléphone portable			
N° de téléphone du travail			
Adresse mail			

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

_____ ☎ | | | | | | | | | | | | | | | |

N° et adresse de l'assurance scolaire :

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 le plus rapidement possible avertie par nos soins.

Un élève mineur ne pourra être pris en charge et/ou sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : le ____ / ____ / ____

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : _____

Observations particulières **que vous jugerez utiles de porter à la connaissance** de l'établissement (*allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...*) **Essentiel en cas d'urgence.**

Il est souhaitable de signaler toute modification de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire (au médecin scolaire et/ou l'infirmier-ère scolaire)

Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.

Demande de P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

A _____ le, _____
Signature obligatoire du ou des responsables légaux ou de l'élève majeur