

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**  
**ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

Fiche à compléter si votre enfant :

→ est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire

→ est susceptible de prendre un traitement d'urgence

→ est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

Ou si vous avez des observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'infirmière (allergies, intervention chirurgicale, suivi psychologique, précautions particulières à prendre.....)

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période, **prenez contact dès la rentrée avec le Médecin scolaire ou l'Infirmière scolaire.**

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal : ..... Date : ..... Signature : .....

**FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS**  
**ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**

Classe : .....

**ELEVE :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..../..../..... Lieu de naissance : .....

Deux derniers établissements scolaires fréquentés (obligatoire) :

**REPRESENTANTS LEGAUX :**

**RESPONSABLE 1** Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° Sécurité sociale : .....  
Adresse du centre : .....

**RESPONSABLE 2** Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
N° Sécurité sociale : .....  
Adresse du centre : .....

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 **2** numéros de téléphone :

**1- DOMICILE** Père : ..../..../..... Mère : ..../..../.....

**2- TRAVAIL** Père : ..../..../..... poste : ..... Mère : ..../..../..... poste : .....

**3- PORTABLE** Père : ..../..../..... Mère : ..../..../.....

Nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et lien avec la famille :  
..... Tel : ..../..../.....

Date du dernier rappel antitétanique : ..../..../.....

**MEDECIN TRAITANT** (nom, adresse et n° de téléphone) :  
.....  
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté par les services de secours 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.

Vu et pris connaissance,

Le Représentant légal : ..... Date : ..... Signature : .....

**(MERCİ DE SIGNER ET DE REMPLIR LES 2 FICHES)**