




FICHE D'URGENCE

NOM : ----- Prénom : ----- Date de naissance : ----- Classe : -----			
	<u>Responsable légal 1</u>	<u>Responsable légal 2</u>	<u>Autre personne</u>
NOM Prénom Lien de parenté			
Adresse Complète			
 Domicile			
 Travail			
 Portable			

Allergies :.....

- Médicament :.....
- Alimentaire :.....

Traitements en cours :.....

Drépanocytose : oui Non

Autres :.....

IMPORTANT

Votre enfant est-il atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement scolaire ?

Veuillez cocher une case : oui non

Si vous avez répondu « oui », **vous devez impérativement dans les meilleurs délais, réclamer puis compléter** la « **fiche de renseignements médicaux confidentiels** » puis la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.

.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contacté par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, **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 la santé évoluant sur une longue période

Cette fiche n'est pas obligatoire, mais il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Date :

Signature