

*** FICHE D'URGENCE A L' INTENTION DES PARENTS**

** Document non confidentiel, à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre, des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous
enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière du collège.*

☎ 02.98.97.12.64

Etablissement précédent :

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Classe :

Noms et adresse des Parents / ou représentant légal :

.....

Adresse + N° de Sécurité Sociale / Mutuelle :
(joindre photocopie des cartes)

Nom et adresse et ☎ du médecin traitant :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez nous donner SVP au moins 2 numéros de téléphone :

☎ du domicile : ☎ du portable :

☎ du travail du père : Poste :

☎ du travail de la mère : Poste :

☎ et nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

**En cas d'urgence, (élève accidenté ou malade), il sera fait appel aux services d'aide médicale
urgente du centre 15, chargé d'évaluer la situation et de déclencher la réponse adaptée.
La famille est immédiatement avertie par nos soins.**

Si votre enfant est atteint d'une maladie ou d'un handicap susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein
de l'établissement, veuillez compléter la rubrique appropriée sur la *fiche confidentielle au recto de ce feuillet : un
entretien pourra vous être proposé afin d'envisager les conditions d'accueil et de scolarité adaptées pour votre enfant.

A, le

Signature des parents

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

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

.....



QUESTIONNAIRE MEDICAL POUR L'INFIRMERIE

**cet imprimé est à joindre au dossier sous enveloppe cachetée et libellée à l'intention de Mme l'Infirmière du Collège*

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Maladie(s) :
.....
.....
Accident(s) :
.....
Hospitalisation (s) :
.....

	Eventuelle(s) affection (s)	* préciser la situation
Suivi médicalisé- de l'élève	*épilepsie oui ☐ non ☐	
	*allergie(s) oui ☐ non ☐	
	*asthme : oui ☐ non ☐ (joindre la copie de l'ordonnance)	traitement en cas de crise (avec ordonnance) : oui ☐ non ☐ traitement quotidien (avec ordonnance) : oui ☐ non ☐
	*problème(s) de vue oui ☐ non ☐	
	*autre(s) :	
	Signaler toute prescription médicale quotidienne ou passagère (joindre aux médicaments la copie de l'ordonnance) :	

	Préciser la situation	*merci de préciser l'adresse du spécialiste ou de l'organisme
prise en charge extérieure au Collège	*hôpital oui ☐ non ☐	
	*orthophoniste oui ☐ non ☐	
	*psychologue oui ☐ non ☐	
	*Educateur oui ☐ non ☐	

VACCINATIONS (joindre la (les) copie(s) du carnet de santé

vaccins	date du dernier rappel	autre(s) vaccin(s) (préciser)	date du dernier rappel
DT polio			
BCG			

ROR

Autres

SITUATION FAMILIALE

Nom et prénom des parents, et des enfants	Date de naissance	Profession	Etat de santé