

**\* 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) : .....
.....

Suivi médicalisé de l'élève	Eventuelle(s) affection (s)	* préciser la situation
	*épilepsie                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*allergie(s)                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*asthme :                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (joindre la copie de l'ordonnance)	traitement en cas de crise (avec ordonnance) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> traitement quotidien (avec ordonnance) :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	*problème(s) de vue            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*autre(s) : .....	
<i>Signaler toute prescription médicale quotidienne ou passagère (joindre aux médicaments la copie de l'ordonnance) : .....</i>		
.....		

prise en charge extérieure au Collège	Préciser la situation	*merci de préciser l'adresse du spécialiste ou de l'organisme
	*hôpital                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*orthophoniste            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*psychologue              oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	*Educateur                  oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

## 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