Premier degré

Circonscription de Pau Centre

Ville de GAN & écoles publiques de GAN

Année scolaire 2020-2021

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Nom : ……..……Prénom : …….

Date de naissance : ……Niveau scolaire 2020/2021 : ……

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 un numéro de téléphone :

Représentant légal	**Parent 1**	**Parent 2**
Nom, prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Portable		
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement (si parents non joignables): ……		

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 immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

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

……...

*Nous vous rappelons que **les médicaments sont interdits à l'école**. En cas de maladie chronique nécessitant une prise de médicaments pendant les horaires scolaires, un PAI (projet d'accueil individualisé) peut être signé. Dans ce cas veuillez prendre contact avec le directeur / la directrice et l'enseignant(e) de vos enfants.*

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……..……
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Groupe sanguin (si connu) : ……

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (antécédents chirurgicaux ou médicaux, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

……...

……...

……...

**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 ou de l'infirmière de l'établissement.

ALIMENTATION

Mon (ou mes) enfant(s) fréquentera (ont) le restaurant scolaire : ☐ OUI ☐ NON

Allergie Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, joindre le certificat médical + PAI si existant

Régime alimentaire : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, joindre le certificat médical

Repas végétarien : ☐ OUI ☐ NON
(absence totale de viande)

Repas végétarien ponctuel: ☐ OUI ☐ NON

SANTÉ

Asthme ☐ OUI ☐ NON Précisez ……..…….....

Allergie(s) médicamenteuse(s) ☐ OUI ☐ NON Précisez ……..…….....

Autres ☐ OUI ☐ NON Précisez ……..…….....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si traitement médical, le signaler) :

……..**.....**

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

……

Préciser n° sécurité sociale : ……...

Régime : ☐ Général et autres ☐ Agricole

Préciser n° allocataire:…….

N° et adresse de l'assurance scolaire :

……..

……

Gan le : …. /…. /..... ***Signature du parent 1:*** ***Signature du parent 2:***