

FICHE SANITAIRE D'URGENCE ANNEE

Document remis aux services d'urgence en cas d'accident. A savoir : en cas de problème important, l'enfant est transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par l'école.



1. IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : Prénom : Sexe :
Date de naissance : Classe : Ecole : **ECOLE MATERNELLE 26380 PEYRINS**

2. VACCINATIONS

Date du dernier rappel antitétanique :

3. MALADIES - ALLERGIES (entourer la réponse)

Allergies aux médicaments ? Non Oui Quel(s) médicament(s) ?

Allergies alimentaires ? Non Oui Quel(s) aliment(s) ?

Autres allergies ? Non Oui Nature ?

Asthme ? Non Oui

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui

Si oui, lequel ?

Votre enfant va-t-il être suivi par un spécialiste, sur le temps scolaire, de façon régulière ? Non Oui

Si oui, lequel ? (orthophoniste, CMP, CMPP)

Un protocole doit être mis en place si votre enfant quitte l'école de façon régulière (et/ou revient à l'école hors horaires d'entrées et de sorties)

Rappel : vous devez en cas d'allergie, asthme, ou autre maladie, mettre en place avec la directrice un PAI (Projet Accueil Individualisé).

Information importante à nous transmettre :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou autre prothèse ? Lesquelles :

P.A.I existant ? (fournir la copie du PAI) Non oui

4. AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Je soussigné (Nom, Prénom, qualité) :

Autorise par la présente :

• Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

• Le responsable de l'école :

- à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins,

- à reprendre l'enfant à sa sortie de l'établissement hospitalier dès que les soins nécessaires lui auront été prodigués.



5. AUTORISATION DE SOINS EN CAS DE CHUTE SANS CONSÉQUENCES GRAVES

Je soussigné (e) (Nom, Prénom, qualité) :

- Autorise par la présente les enseignants ou les AVS à mettre de la crème Hémodar ou Arnica (à base d'Arnica) à l'enfant pour aider l'hématome à se résorber plus vite (de la glace sera appliquée)

- Refuse l'application de crème (la glace sera seule appliquée)

6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Coordonnées des personnes à joindre)

N° de téléphone travail du père : ... / ... / ... / ... / ... / ... /

N° de téléphone travail de la mère : ... / ... / ... / ... / ... / ... /

N° de portable du père : ... / ... / ... / ... / ... / (et adresse :

N° de portable de la mère : ... / ... / ... / ... / ... / (et adresse :

Coordonnées du médecin traitant : Nom et Prénom :

Téléphone : / ... / ... / ... / ... / ... /

Date et signature :