



FICHE D'URGENCE À CARACTÈRE MÉDICAL

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir 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.

IDENTIFICATION ÉLÈVE OU ÉTUDIANT

Nom de l'établissement :

LPO Nord Grande-Terre de PORT-LOUIS

Année scolaire :

2024 - 2025

Nom de l'élève ou étudiant(e) :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Identification Assurance Scolaire et N° client/adhérent :

IDENTIFICATION RESPONSABLE OU PERSONNE DE CONFIANCE

Nom et adresse du(des) représentant(s) légal(aux) ou d'une personne de confiance :

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 :**

1. N° de téléphone portable de la mère :

N° de téléphone domicile de la mère :

2. N° de téléphone portable du père :

N° de téléphone domicile du père :

3. N° de téléphone portable Personne de confiance :

N° de téléphone domicile Personne de confiance :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ou de vous représenter :

En cas d'urgence, la famille est immédiatement avertie par nos soins. L'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un responsable légal.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame
responsable(s) légal(aux), autorise (ons) l'anesthésie de
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une
intervention chirurgicale.

À, le

Signature Responsable(s) légal(aux)

Signature Elève ou Etudiant majeur(e)

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

PRÉCAUTIONS MÉDICALES PARTICULIÈRES

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

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

Questionnaire à remplir pour faciliter la prise en charge en milieu scolaire

QUESTIONS	OUI	NON
Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un psychologue ?		
Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un orthophoniste ?		
Votre enfant est-il diagnostiqué Dys ou Multi-Dys ?		
Votre enfant a-t-il un handicap ?		
Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?		
Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnant (AESH) ?		
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour un examen ?		
Votre enfant relève-t-il du dispositif ULIS ?		

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir 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.