

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - FICHE D'URGENCE

**Ce document est non confidentiel.** Il est à remplir par les familles avant chaque séjour ou en début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe à l'intention du médecin scolaire.

**NOM de l'élève :** ..... **Prénom :** .....  
Date de naissance ..... Sexe : ..... Classe : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom, prénom : .....  
Qualité (père, mère, ...) : .....  
Tél domicile et ou portable: .....  
Tél travail : .....

Nom, prénom : .....  
Qualité ( père, mère, ...) : .....  
Tél domicile et ou portable: .....  
Tél travail : .....

Nom, prénom du médecin traitant : .....  
Tél : .....

**Couverture sociale de l'enfant**

Caisse primaire d'assurance maladie et n° d'assuré : .....  
Mutuelle et n° mutualiste : .....

**Renseignements généraux**

Médicaments, régimes éventuels, soins journaliers à donner à l'enfant : .....

Existe t-il des contre-indications médicales pour certaines activités physiques? Si oui, lesquelles? .....

Existe t-il des allergies à certains médicaments? Si oui, lesquelles? .....

Existe t-il des allergies respiratoires ? Si oui, précisez : .....  
Existe t-il des allergies à certains aliments? Si oui, lesquelles? : .....

Autre renseignements concernant la santé de l'enfant : .....

L'autorisation parentale anticipée d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale est contraire à l'esprit de la loi du 4 mars 2002 relative aux "Droits des malades et à la qualité du système de santé", elle ne doit donc pas être demandée.

**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. c'est le médecin du SAMU et/ou le médecin ou chirurgien hospitalier qui prendront en urgence, conformément à la loi, la décision, en fonction de l'état de santé de l'enfant si l'autorisation éclairée des parents ne peut être obtenue. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Je soussigné (e) nom, prénom :** .....  
demeurant à : ..... agissant en qualité de : père, mère, tuteur, responsable  
de l'enfant nom, prénom, date de naissance : .....

**déclare avoir pris connaissance des dispositions ci dessous mentionnées :**

en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

A : ..... le.....

**Signature :**