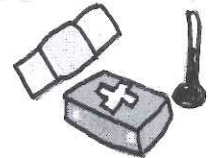


# FICHE SANITAIRE D'URGENCE ANNEE ..... / .....

*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

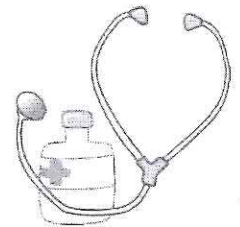
**Uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.**

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 CONSEQUENCES GRAVES

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

- **Autorise** par la présente les atsems, les enseignantes ou les AVS à mettre de la crème Hémoclar ou Arnican (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 COMPLEMENTAIRES (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 :**