

Classe :

ELEVE

NOM _____

Prénom _____

Régime externe DP 4 DP 5 interne

Date de naissance _____ Classe _____

EN CAS D'ACCIDENT, L'ETABLISSEMENT S'EFFORCE DE PREVENIR LA FAMILLE PAR LES MOYENS LES PLUS RAPIDES

VEUILLEZ FACILITER NOTRE TÂCHE EN NOUS DONNANT AU MOINS UN N° DE TÉLÉPHONE

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES

	Mobile	Domicile	Travail
Élève			
Responsable			
Responsable			
Autre personne			

COORDONNEES DE L'ELEVE

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

RESPONSABLE

lien avec l'élève _____

NOM du responsable _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

RESPONSABLE

lien avec l'élève _____

NOM du responsable _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

lien avec l'élève _____

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

SÉCURITÉ SOCIALE

N° de Sécurité sociale de l'élève _____ *obligatoire dès 16ans*

N° de Sécurité sociale du responsable _____

Centre de votre caisse d'assurance maladie _____

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 d'un responsable légal

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Téléphone _____ Ville _____

ASSURANCE SCOLAIRE

N° d'assurance _____ Nom de la compagnie _____

AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE

Si votre enfant a bénéficié d'un aménagement de la scolarité, et que vous souhaitez le reconduire, merci de nous indiquer lequel et de nous **joindre une copie de l'aménagement en cours**:

PAI *Projet d'Accueil Individualisé pour une pathologie ou une allergie par exemple*

GEVA-sco *Guide d'Évaluation Scolaire pour un handicap reconnu par la MDPH*

Si vous avez coché un de ces protocoles ou si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez le préciser

Souhaitez-vous reconduire cet aménagement ?

Oui

Non

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

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière.

Les soussignés attestent l'exactitude des informations portées sur cette fiche infirmerie et s'engagent à fournir toutes les informations indispensables.

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux