

FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 2024/2025

Niveau :

Assurance scolaire : ABEILLE Assurances n° 72.631.103

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Lieu :

Nom et adresse des parents ou responsable légal

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du centre de la Sécurité Sociale

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 un numéro de téléphone.

N° tél du domicile :

N° portable responsable 1 :

N° tél travail

N° portable responsable 2 :

N° tél travail

Nom
rapidement

et n° tél

d'une personne susceptible de vous prévenir

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 de sa famille.

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés, Monsieur ou Madame

Autorise/(ons) l'anesthésie de notre enfant

au cas, où,

victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

.....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

Protocole Accueil Individualisé (PAI) à mettre en place ou à renouveler : oui non

Si oui, pour quel traitement ?

Nom, adresse et N° téléphone du médecin traitant :

Remarques : L'école garantit la confidentialité de ce document

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Année Scolaire 2024/2025

Niveau :

Je soussigné(e) (NOM et prénom) _____,

Déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant, _____,

Certifie que l'enfant né(e) le : (Date de naissance) _____

l'école Blanche de Castille à partir de _____

fréquentera _____

VACCINS OBLIGATOIRES

Vaccins OBLIGATOIRES contre LES MALADIES SUIVANTES :	Nb d'injections requises
Diphtérie (D), Tétanos (T), Poliomyélite (P) Coqueluche acellulaire (Ca), Hépatite B Haemophilus influenzae B (Hib)	3
Pneumocoque C (PnC)2	3
Méningocoque C (vaccin conjugué MnC)	1 ou 2
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	2

A remplir dans le cas où le vaccin n'est pas à jour

Je soussigné(e) (NOM et prénom)

m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant (NOM et prénom)

dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre-indication temporaire ou permanent

A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

Je soussigné(e) (NOM et prénom)

Etre pleinement informé(e) des conséquences éventuelles en cas d'épidémie..

_____, déclare

Joindre un certificat médical

IMPORTANT : à noter

Contre-indications médicales :

Remarques : L'école garantit la confidentialité de ce document