



Ensemble scolaire
Saint-Joseph & Saint-Marc

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 2024-2025

Confidentielle

Nom : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Etablissement ou école d'origine : _____

Classe fréquentée l'année précédente : _____

Nom et n° de téléphone (fixe ou portable) des personnes à contacter en cas d'urgence susceptibles de prendre en charge l'élève :

1 – N° de téléphone du domicile : _____ N° de portable : _____

2 – N° du travail du père : _____ Poste ou portable : _____

3 – N° du travail de la mère : _____ Poste ou portable : _____

4 – Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____

5 – Nom et n° de téléphone du médecin traitant : _____

Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
 - Susceptible de prendre un traitement d'urgence,
 - Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire,
- Il va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées

Groupe sanguin (si connu) : _____ Antécédents médicaux (dates des maladies) : _____

Allergies éventuelles : _____

Traitement en cours (nom des médicaments) : _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis à l'infirmerie (vie scolaire)



Ensemble scolaire
Saint-Joseph & Saint-Marc

FICHE D'URGENCE 2024-2025

Nom : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Nom des parents ou du responsable légal : _____

Adresse : _____

N° de téléphone et adresse du Centre de sécurité sociale : _____

N° de Sécurité Sociale de l'**élève**: _____

N° de téléphone et adresse de la Mutuelle : _____

Référence(s) de la Mutuelle : _____

N° de téléphone et adresse de l'assurance scolaire : _____

Les élèves internes doivent fournir une photocopie de l'attestation de droit à la sécurité sociale et de la mutuelle santé

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. **Merci de renseigner avec précision le cadre réservé aux numéros de téléphone, au verso.**

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, s'il est interne, accompagné par un éducateur.

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et sur les consignes des services d'aide médicale d'urgence (15), le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

IMPORTANT: Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

Je soussigné(e), M. ou Mme _____, parent et/ou responsable légal de l'élève ci-dessus désigné,

Autorise l'administration de l'établissement

N'autorise pas l'administration de l'établissement

à faire pratiquer les soins nécessaires en cas de maladie ou d'accident.

Fait à _____, le _____ Signature :