

Fiche d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Classe : _____ tél portable _____
Adresse mail : _____

PERE : Nom _____ Prénom : _____
Tél domicile : _____ Tél travail : _____ Tél portable : _____

MERE : Nom _____ Prénom : _____
Tél domicile : _____ Tél travail : _____ Tél portable : _____

Etes-vous atteint d'une ou plusieurs des pathologies suivantes ?

Veillez cocher la case correspondante

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Pathologie visuelle |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Pathologie auditive |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Autre pathologie : _____ | | |

Avez-vous bénéficié au cours de sa scolarité d'un :

- Protocole d'urgence -PAI ESS PAP

Souhaiteriez-vous reconduire ce protocole ? Oui Non

Prise de médicaments : _____

Allergies : _____

Interventions chirurgicales et dates : _____

Observations : _____

Veillez renseigner la date des derniers rappels vaccins DTCP et ROR

DTCP _____ ROR _____

Dans tous les cas, et pour tout problème de santé, il est de votre responsabilité de contacter l'infirmière dès la rentrée, ou dès qu'un problème survient en cours d'année.

A

Le _____ Signature :

**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous pli cacheté, adressées au médecin ou à l'infirmière scolaire.
Indiquez au dos de l'enveloppe vos nom, prénom et classe*