



**FICHE D'URGENCE**  
**Année 2023 - 2024**



Nom et prénom de l'élève : .....

Sexe :  M  F

Né(e) le ...../...../..... Classe : .....

**Nom des parents ou du représentant légal : .....**

**Père de l'enfant**

**Mère de l'enfant**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

N° domicile : .....

N° domicile : .....

N° portable : .....

N° portable : .....

N° travail : .....

N° travail : .....

En cas d'accident, de maladie ou l'urgence médicale, notre établissement s'efforcera de vous dans les plus brefs délais. Pour ce faire, nous vous remercions de compléter les coordonnées ci-dessus.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, les services de secours d'urgence contactés par l'établissement pourront orienter et transporter l'élève vers l'hôpital le plus adapté.

Indiquer les coordonnées d'autres personnes à prévenir **en cas d'urgence** – dans l'ordre de priorité

Nom et Prénom (qualité) : ..... N° Téléphone : .....

Nom et Prénom (qualité) : ..... N° Téléphone : .....

**Vaccinations obligatoires (antitétanique - antidiphtérique - antipoliomyélitique) – Depuis 2018, haemophilus influenzae B, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque C, pneumocoque.**

Vaccinations à jour :  oui  non

L'enfant bénéficie t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Oui  Non

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement et interlocuteurs extérieurs qui prendront en charge la santé de l'enfant (allergies, traitements en cours, contre-indications, régime alimentaire, précautions particulières à prendre...) :

.....  
.....  
.....

Tournez svp →

**Ecole Pluie de Roses** - 20 rue du Maréchal Joffre - 33140 Villenave d'Ornon

Téléphone : 05.56.37.46.59

Courriel : [secretariat@ecolepluiederoses.fr](mailto:secretariat@ecolepluiederoses.fr)

Site : [www.ecolepluiederoses.fr](http://www.ecolepluiederoses.fr)

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...).

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie. Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Par ailleurs, vous vous engagez à informer l'établissement de toute modification dans la situation médicale de l'élève, telle que déclarée dans la présente fiche.

A : .....

Date : .....

Signature des parents :