

Fiche d'urgence – CHARLEVAL – Année scolaire : 2024 - 2025

Document non confidentiel à usage de l'école, d'Espace Libre et des Services d'urgence.

À remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Nom, prénom :

Date de naissance : Classe :

Garçon

Fille

Nom (Représentant légal) et numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence :

Nom et N° Assurance :

Garantie Individuelle Corporelle ET Responsabilité civile → JOINDRE L'ATTESTATION

Rattachement de l'enfant :

Sécurité Sociale N° :

et adresse :

CAF Allocataire N° :

Nous vous informons que le Centre Social Espace Libre est habilité à vérifier par l'intermédiaire du site CAFPRO l'exactitude des renseignements fournis.

Etes-vous bénéficiaire de l'AEEH :

(Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé)

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Rubéoles-Oreillons-Rougeoles	
OU DT Polio		Coqueluche	
OU Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?

OUI

NON

(PAI = Projet d'accueil individualisé)

Si oui, joindre ce PAI ainsi que l'ordonnance et les médicaments correspondants.

AUCUN médicament ne pourra être administré autrement.

ASTHME OUI

NON

Si oui, joindre le nécessaire utile accompagné de l'ordonnance.

ALLERGIES OUI

NON

Si oui, joindre une attestation médicale et précisez la cause de l'allergie et la conduite à

tenir :

NOM, Ville et N° de téléphone du médecin traitant :

Votre enfant porte t-il :

des lunettes :	des prothèses auditives :	Des prothèses dentaires :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Votre enfant a-t-il une prise en charge chez un :

Orthophoniste Nom/ Ville :

Psychomotricien Nom/ Ville :

Psychologue Nom/ Ville :

Autres (CMP, SESSAD, etc.), précisez :

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à notre connaissance :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade peut être 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 enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :