



Nom de l'enfant : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Classe : .....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

Fiche à compléter :

- 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,
- a bénéficié d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) Si oui quand ?

Maladie dont souffre votre enfant :
Traitement :
Médecin traitant (NOM, adresse, Tél.)
Observations

Nom et adresse de votre centre de Sécurité Sociale

N° de l'assuré ayant droit (**joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation d'ouverture de droits**)

Nom, adresse et N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'impossibilité de votre part :

- En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille rapidement.
- En cas d'urgence, l'établissement appelle le SAMU (15), qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par les dispositifs complémentaires (mutuelle, CMU, assurance scolaire ...).

**Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité.**

**Nom et N° de téléphone de la personne que vous désignez dans ce cas particulier :**

Date :

Signature du père :

Signature de la mère :

**Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements les ci-dessus.**