SAINT-CHARLES
2 Rue G. Anthonioz de Gaulle
91205 Athis-Mons Cedex
TEL : 01 60 48 71 00

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

FICHE MEDICALE D'URGENCE

Merci de vérifier, compléter ou corriger les informations ci-après

VOTRE ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : ◉ Fille ○ Garçon

Date de naissance : Régime : Demi-pensionnaire 5 repas

Classe 2024-2025 : A (utilisez le menu déroulant pour sélectionner la classe)

Classe 2025-2026 (sous réserve du conseil de classe) :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... *merci de ne joindre ni original ni photocopies*

Observations médicales particulières : allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre

.....

.....

.....

Lunettes : ☐ oui ☐ non - Lentilles de contact : ☐ oui ☐ non - Appareil auditif : ☐ oui ☐ non

Projet d'accueil individualisé **(P.A.I.)** : ☐ oui ☐ non ☐ renouvellement

Quel problème : .....

Projet d'accompagnement personnalisé **(P.A.P.)** : ☐ oui ☐ non ☐ renouvellement

Quel problème : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

.....

N° de sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐

Clé

Adresse du centre : .....

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT : .....

.....

Téléphone : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous donnant **au moins deux numéros de téléphone** (il est impératif de prévenir nos différents services (secrétariat et vie scolaire) en cas de changement de domicile et de numéros de téléphone).

N° de téléphone du domicile : .....

Référent principal : ☐ père ☐ mère ☐ autre ..... N° du travail : n° portable :

Autre référent : ☐ père ☐ mère ☐ autre ..... N° du travail : n° portable :

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM : Numéro de téléphone : Lien avec l'enfant :

En cas d'urgence, la famille est immédiatement avertie par nos soins **et doit arriver au plus vite à Saint-Charles**. Un membre de la communauté éducative **ne peut pas prendre en charge un élève hors de l'enceinte de l'établissement et la présence d'un membre de la famille est donc requise** lors du transport par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté à l'élève malade ou accidenté.
Cependant, si la situation médicale nécessite que l'élève parte seul(e) avec les services d'urgence, nous vous rappelons qu'un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital **qu'accompagné de sa famille**.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE EN CAS D'URGENCE VITALE

Nous, soussignés, ...
autorisons l'anesthésie de l'enfant ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, elle/il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....

Signature du référent principal : (ou NOM Prénom) **Signature du second référent :** (ou NOM Prénom)