



FICHE REMISE AUX SERVICES DE SECOURS EN CAS D'EVACUATION
2024-2025

Il va dans l'intérêt de votre enfant que cette fiche soit parfaitement renseignée.

NOM : PRENOM :
 Classe : N° Portable de l'élève : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
 N° Sécurité sociale de l'élève : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
 (Numéro qui est indiqué sur votre attestation ameli, à côté de son prénom)
 Nom du médecin traitant : N° de Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /
 Adresse du médecin :
 Avec qui l'élève vit-il ? Parents Mère Père Autre (précisez)
 N° Portable père : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / N° Portable mère : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

L'élève a-t-il un suivi ? Oui Non
 Si oui lequel ? Médical Psychologique Educatif Autre, précisez

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance du service infirmier (allergie (si oui à quoi ?), asthme, diabète, dyslexie....) :

Si l'élève bénéficiait d'un PAI ou PAP dans l'établissement précédent, le renouvellement n'est pas automatique, il se fait à la demande de la famille (fournir la copie de l'ancien).

.....

Prend-il un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ?

Si votre enfant doit prendre un traitement sur le temps scolaire, merci de déposer les médicaments ainsi que l'ordonnance et l'autorisation écrite parentale de délivrance de ce traitement à l'infirmerie.

Votre enfant souffre-t-il d'un handicap ? Oui Non

Est-il reconnu par la Maison du Handicap (MDPH) ? Oui Non

Si oui, joindre une copie de la prise en charge par la MDPH (numéro de dossier)

Contre-indication à la prise de médicaments :

Interventions chirurgicales (précisez les dates) :

Date du dernier rappel antitétanique : ____ / ____ / ____ /

Dates des 2 ROR : ____ / ____ / ____ / et ____ / ____ / ____ /

Vu et pris connaissance le
Signature du responsable légal