**Document 3**



Année scolaire 2021/2022

**Fiche d’urgence**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tél portable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERE : Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél portable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MERE : Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél portable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etes-vous atteint d’une ou plusieurs des pathologies suivantes ?

*Veuillez cocher la case correspondante*

☐ Asthme ☐ Hémophilie ☐ Pathologie visuelle

☐ Bronchite ☐ Hypertension artérielle ☐ Pathologie auditive

☐ Cardiopathie ☐ Epilepsie ☐ Diabète

☐ Autre pathologie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous bénéficié au cours de sa scolarité d’un :

☐ Protocole d’urgence -PAI ☐ ESS ☐ PAP

 **Souhaiteriez-vous reconduire ce protocole ? ☐ Oui ☐ Non**

Prise de médicaments : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales et dates : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez renseigner la date des derniers rappels vaccins DTCP et ROR

DTCP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ROR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dans tous les cas, et pour tout autre problème de santé, il est de votre responsabilité de contacter l’infirmière dès la rentrée, ou dès qu’un problème survient en cours d’année.**

A

Le Signature :

***\*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous pli cacheté, adressées au médecin ou à l’infirmière scolaire.***

***Indiquez au dos de l’envoeloppe vos nom, prénom et classe***

