

## FICHE MEDICALE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

A remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

**Année scolaire : 2025-2026**

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles,  
veuillez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de la Direction de l'établissement*

Nom : .....Prénoms : .....

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

Adresse : .....

Nom du Père.....Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom de la Mère.....Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom du responsable légal (Tuteur) : .....Portable : .....

Adresse mail : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les informations suivantes :

Nom et numéro d'une personne susceptible de prévenir les parents rapidement au cas où ils ne seraient pas joignables :  
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par l'établissement vers la clinique ou l'hôpital choisi par la famille. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de la clinique qu'accompagné de sa famille. Les frais engagés (transport+clinique) sont avancés par l'établissement et lui seront remboursés par la famille.

**OPTIONNEL :**

Nom et numéro de la clinique ou de l'hôpital de votre choix : .....

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....

- Autorisons
- N'autorisons pas

L'anesthésie de notre fils/fille..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| Signature des parents : ..... | Fait à Fort-Dauphin, le..... |
|-------------------------------|------------------------------|

VACCINATIONS : Votre enfant a-t-il reçu les vaccinations suivantes :

| Contre :                                 | Oui | Non | Date du dernier rappel |
|--|-----|-----|------------------------|
| Tuberculose (BCG)                        |     |     |                        |
| Diphtérie/tétanis/Poliomyélite (DTCP)    |     |     |                        |
| Rougeole/Oreillons/Ribéole (ROR ou MMR)  |     |     |                        |
| Hépatite B (HEVAC B/ENGERIX B/GENEVAC B) |     |     |                        |
| Typhoïde&Paratyphoïde (TAB)              |     |     |                        |
| Méningite (Act Hib/H1B)                  |     |     |                        |
| Autres                                   |     |     |                        |

**Observations particulières :** Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, veuillez nous communiquer toutes situations médicales nécessitant une attention particulière (acuité visuelle, acuité auditive, allergies, maladies chroniques, problèmes de santé ponctuels,...)

Antécédents médicaux : .....

Antécédent chirurgical : .....

Allergies à des médicaments (à préciser) : .....

*Si votre enfant doit prendre un traitement sur les temps scolaires à l'école, veuillez inscrire ces traitements. Les médicaments doivent être déposés avec l'ordonnance dès la rentrée* : .....

Médecin traitant : Nom et adresse : .....

N° de téléphone : .....