**FICHE D’URGENCE**

**Mairie de Montgiscard**

**17 grand Rue**

**31450 MONTGISCARD**

**Mairie : 05.34.66.75.80**

**MAIL :courrier@montgiscard.com**

**Ecoles publiques**

**Rue des droits de l’Homme**

**31450 Montgiscard**

**Elémentaire : 05 61 81 90 28**

**Maternelle : 05 61 81 10 55**

 **2017/2018**

**Document non confidentiel** à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du médecin ou de l’infirmière de l’établissement.

**RENSEIGNEMENTS**

Nom de l’enfant : ………………………………………………… Prénom de l’enfant : …………………………………….

Groupe scolaire : ………………………………………………… Date de naissance : ………………………………………

N° et adresse du centre de sécurité sociale : ……………………………………………………………............................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Qui couvre votre enfant : Nom – Prénom …………………………………………………………………………………………….

**PERSONNES À APPELER EN CAS D’URGENCE**

1. N° de téléphone du domicile : ……/……/……/……/……
2. N° du travail du père : ……/……/……/……/……
3. N° du travail de la mère : ……/……/……/……/……
4. Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement :……/……/……/……/……

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Les informations demandées sont nécessaires pour nous permettre d’accueillir au mieux votre enfant.

**Médecin traitant :**

Nom et adresse :

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone : ……/……/……/……/……

**Vaccinations :**

**Joindre une copie des pages vaccins du carnet de santé de l’enfant.**

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité.

**Traitement médical :**

L’enfant suit-il un traitement médical ? Oui □ Non □

Si oui, Lequel ? …………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………..

**Allergies :**

Asthme : Oui □ Non □

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir : …………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Médicamenteuses : Oui □ Non □

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir : ……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Alimentaires : Oui □ Non □

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir : ………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................

Autres : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS PARTICULIERES**

1. Handicap :

En cas de situation de handicap, précisez si les difficultés pouvant limiter l’activité de l’enfant sont d’origine : □ auditive □ physique □ psychique □ visuelle

1. Projet d’accueil individualisé **(P.A.I)**

L’enfant bénéficie t-il d’un P.A.I ?

Oui □ Non □

Si oui Date de mise en place :…………………………………………………

Suivi médical : Oui □ Motif : ………………………………………………………………………………………………………….

1. Rendez-vous (orthophoniste ou autres) : Oui □ Fréquence :……………………………………………….
2. Autre difficulté de santé nécessitant une surveillance particulière : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte t-il ? Des lunettes □ Des lentilles □ Des prothèses auditives □

Des prothèses dentaires □ Autres □ :…………………………………………………….

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, …………………………………………………………………………………………responsable légal de l’enfant

……………………………………………………………………………

- Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable de l’école ou de l’ALAE, à prendre, en cas d’urgence uniquement, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant (traitements médicaux, appel aux services d’urgence –SAMU, Pompier – en vue d’une hospitalisation)

- M’engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d’hospitalisation et divers, incombant à la famille.

Date : …………………………………………………………………….. Signature