



Ecole Notre Dame de la Paix  
7 rue du calvaire  
44110 VILLEPOT  
Tel/fax : 02.40.28.60.24  
courriel : [ec.villepot.nd-paix@ec44.fr](mailto:ec.villepot.nd-paix@ec44.fr)



## FICHE D'URGENCE 2021-2022

(à remplir par les parents à chaque début d'année scolaire)

|                       |                                  |
|-----------------------|----------------------------------|
| <b>Nom</b> : .....    | <b>Prénom</b> : .....            |
| <b>Classe</b> : ..... | <b>Date de naissance</b> : ..... |

### PERSONNES A CONTACTER

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

**Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :**

N° de téléphone du domicile : .....

N° de portable du père : .....

N° de travail du père : .....

N° de portable de la mère : .....

N° de travail de la mère : .....

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

### DOSSIER SANTE

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de l'assurance scolaire : contrat N° 0000006754452104

Mutuelle Saint-Christophe - 277 rue Saint Jacques 75256 PARIS cedex 05

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie...), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant.

Demande de PAI : OUI  NON

Allergies alimentaires et/ou médicamenteuses : .....

Autres problèmes de santé (asthme...) : .....

Port de lunettes : en permanence  en classe seulement

Port de prothèses auditives : en permanence  en classe seulement

#### Vaccins :

| Enfants nés avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2018 | Vaccins obligatoires             |     | Dates des derniers rappels |  |
|---|----------------------------------|-----|----------------------------|--|
|   | Oui                              | Non |                            |  |
| Enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018 | DT Polio                         |     |                            |  |
|   | DT Polio, Coqueluche, Hépatite B |     |                            |  |
|   | Pneumocoque C                    |     |                            |  |
|   | Méningocoque                     |     |                            |  |
|   | Rougeole, Oreillon, Rubéole      |     |                            |  |

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

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

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence. Elles sont susceptibles d'être transmises :

- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Fait à ..... le .....

Signature des parents :