



FICHE D'URGENCE 2023-2024

Photo à coller

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° de Sécurité Sociale (INSEE) : Clé :

Adresse du centre SECURITE SOCIALE CPAM et Mutuelle :

Nom de l'établissement précédent (2022-2023) : en classe de :

Classe 2023-2024 :

Nom du représentant légal 1 (ou père) :

Téléphone(s) :

Nom du représentant légal 2 (ou mère) :

Téléphone(s) :

Médecin Traitant (Nom, Adresse Téléphone) : Dr

VACCINS : donner les photocopies de **TOUTES** les pages de vaccination du CARNET DE SANTE

OBLIGATOIRE

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire particulier : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : ☐ PAI ☐ PPS ☐ AESH(AVS) ☐ Notification MDPH ☐ suivi en ITEP, SESSAD, IME, CMP...

Autre :

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? ☐ OUI ☐ NON

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (les informations confidentielles seront jointes dans une enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'Éducation Nationale) :

Pathologie chronique (diabète, asthme, maladie rare, épilepsie...) :

Allergies (alimentaire, médicamenteuse...) :

Traitement médicamenteux chronique (ventoline...) :

Autre :