

**FICHE INDIVIDUELLE D'URGENCE  
 ET D'INFORMATIONS MÉDICALES**  
 année scolaire 2018 - 2019

*La page 1 sert de fiche d'urgence pour les enseignants et l'administration.  
 La page 2 est à destination du service médical et aux équipes pédagogiques  
 La page 3 de la fiche est à caractère confidentiel, exclusivement réservée au service médical.  
 Ce document est destiné à être dupliqué ; veuillez le remplir avec soin à l'encre noire.*

NOM de FAMILLE de l'élève		Date de naissance
Prénom	<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	Le ..... / ..... / .....
Classe :	Adresse	

**• RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM, Prénom		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre .....
Téléphone fixe :		
Téléphone portable :		
Téléphone travail :		
Messagerie électronique :		
Profession :		
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> marié / vie maritale <input type="checkbox"/> divorcés / séparés	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> remariés

Si l'un des parents est décédé :  père  mère date : .....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir en cas de nécessité :

.....

**• FRATRIE : FRÈRES ET SŒURS**

NOM, Prénom	Scolarisation (établissement et classe)

**• VACCINATIONS : fournir une photocopie du carnet de vaccinations, avec DTCP obligatoirement à jour.**

D.T.C.P. Date : .....	B.C.G. (vivement conseillé) : Date : .....
--------------------------	---

**• MALADIES INFANTILES - votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## Plans spécifiques d'accompagnement scolaire

NOM et Prénom de l'élève : .....	Classe : .....
----------------------------------	----------------

Cocher la ou les cases qui conviennent

	PAI	PAP	PPRE	PPS	AVS
<input type="checkbox"/> <b>Enfant ayant bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Scolaire au LFD l'année précédente.</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Enfant ayant bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Scolaire dans un autre établissement l'année précédente.</b>					

**Documents à fournir pour l'étude du dossier par le médecin scolaire (Cocher les documents fournis):**

- Une photocopie du plan d'accompagnement scolaire de l'année précédente
- Un bilan médical comportant les éléments du diagnostic et les préconisations par le ou les professionnels de santé.
- Pour les PPS, La notification MDPH (si existante).

<input type="checkbox"/> <b>Enfant n'ayant pas bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Scolaire l'année précédente mais devant en bénéficier cette année.</b>					
--	--	--	--	--	--

**Documents à fournir pour l'étude du dossier par le médecin scolaire (Cocher les documents fournis):**

- Un bilan médical comportant les éléments du diagnostic et les préconisations par le ou les professionnels de santé.
- La notification MDPH (si existante).

### Autres informations

• **MALADIES CHRONIQUES** - Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place ou le renouvellement d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), veuillez en faire la demande par écrit (à adresser à l'infirmière scolaire)

Votre enfant est il ...

Asthmatique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, médicaments prescrits : .....	
Diabétique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, médicaments prescrits : .....	
Epileptique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, médicaments prescrits : .....	
Allergique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> alimentaire	Préciser : .....
		<input type="checkbox"/> médicamenteuse	Préciser : .....
		<input type="checkbox"/> de contact	Préciser : .....
		<input type="checkbox"/> autre(s)	Préciser : .....

• **RECOMMANDATION UTILES** (port de lunettes, de lentilles, de prothèse, ... etc) Préciser ci-dessous.

.....  
 .....

• **AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ À SIGNALER** (à expliciter ci-dessous)

.....  
 .....

• **PERSONNEL DE SANTÉ ATTACHÉ À L'ENFANT**

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Autres personnel de santé suivant l'enfant (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, ORL, ...)

..... Téléphone : .....

..... Téléphone : .....

..... Téléphone : .....

• **AUTORISATIONS délivrées à l'infirmière scolaire :**

D'effectuer les soins nécessaires sur votre enfant (désinfection, pansements, ...)

oui  non

De délivrer du paracétamol ou antispasmodique à votre enfant

oui  non

**Pendant le temps scolaire :**

Si l'état de santé de votre enfant nécessite une consultation médicale, vous êtes tenu(s), en tant que responsable(s) de l'enfant, de venir le chercher et de le conduire chez le médecin. L'établissement n'est pas habilité à assurer le transport.

En cas d'urgence, votre enfant sera immédiatement orienté par les services habilités vers un hôpital de Djibouti. Veuillez préciser lequel : .....

La famille sera prévenue par l'infirmière ou l'administration.

Les frais de transport et d'hospitalisation sont à la charge des familles.

A ....., le ..... / ..... / .....

Signatures