

Fiche d'urgence **NON** confidentielle* À remplir obligatoirement par les responsables légaux

Nom de l'établissement : **LE GRAND SAULE – LA ROCHE GUYON**. Année scolaire : **2017-2018**

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom, adresse et Tél. des parents ou du représentant légal : (rayer la mention inutile)

.....

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

Nom et adresse de la mutuelle (pas obligatoire).....

.....

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir rapidement les responsables légaux..

N° du travail du père : Port :

N° du travail de la mère : Port :

N° du travail du responsable légal : Port :

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

.....

.....

En cas d'urgence, et **après régulation** par le SAMU centre 15, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours, soit par une équipe médicale SMUR) vers l'établissement de santé le mieux adapté. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de ses responsables légaux.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l'établissement**
(Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

.....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

.....

Date

Signature des parents ou du représentant légal

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les responsables légaux 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'école ou de l'établissement.

***Un double de ce document** sera remis aux transports sanitaires lors de la prise en charge de l'enfant.

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.

A le

Signature des parents ou du représentant légal

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies,
traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc...) :
.....
.....
.....

Il vous est possible également de transmettre des informations confidentielles au médecin ou à l'infirmière de
l'établissement sous pli cacheté. Ils vous contacteront pour vous proposer la mise en place éventuelle d'un P.A.I.
(projet d'accueil individualisé).

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....

Fiche de renseignements médicaux confidentiels

(à remettre au directeur ou au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

TEL MOBILE :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal

date

signature

AUTORISATION DE PRISES DE VUE PHOTOGRAPHIQUES OU VIDEO

Dans le cadre des activités pédagogiques de la classe (en classe, en sortie, en classe de découverte...), les enseignants de l'école peuvent être amenés à prendre des photos ou à filmer votre enfant. Ces images seront uniquement utilisées au sein de l'école à des fins pédagogiques (albums de vie, affichages de classe...) ou lors de fêtes de l'école ou pour être publiées sur le site internet de l'école.

Autorisation valable pour l'année scolaire 2017/2018

Je soussigné (nom et prénom) _____

père / mère / représentant légal,
(rayez les mentions inutiles)

de l'enfant (nom et prénom) _____,

- autorise les enseignants et intervenants de l'école de La Roche-Guyon à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités scolaires et périscolaires (classe, récréation, sorties, NAP...). (*)
- autorise les enseignants et intervenants de l'école de La Roche-Guyon à filmer mon enfant dans le cadre des activités scolaires et périscolaires (classe, récréation, sorties, NAP...). (*)
- autorise les enseignants et intervenants de l'école de La Roche-Guyon à faire photographier mon enfant dans le cadre des activités scolaires et périscolaires (classe, récréation, sorties, NAP...) en vue d'une publication sur le site internet de l'école. (*)

Date et signature :

(*) : Rayez les paragraphes pour lesquels vous n'accorderiez pas votre autorisation.

AUTORISATION POUR LE PORT DE LUNETTES

Je soussigné..... autorise mon enfant

à porter ses lunettes :

- dans la cour de récréation
- pendant les activités d'Education Physique et Sportive
- sur les temps de cantine et de garderie
- sur les temps de NAP

(cocher la ou les bonnes cases)

Date et Signature :

Ecole Le Grand Saule
1 rue des Fraïches femmes
95780 LA ROCHE GUYON
01 34 79 71 10

Demande d'autorisation de sortie pendant les heures de classe

Je soussigné _____

représentant légal de l'enfant _____

demande à Monsieur le directeur de bien vouloir autoriser mon enfant à quitter l'école

à titre exceptionnel le _____ à ____ h _____

régulièrement le _____ à ____ h _____

pour le motif suivant : _____

Il sera pris en charge à la sortie de l'école par _____

Je reconnais être informé que dès qu'il aura quitté l'enceinte des locaux scolaires, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité de l'établissement scolaire et des enseignants et qu'il retombera sous mon entière responsabilité.

A _____ le _____

Signature :

Autorisé le _____

Signature du directeur :