

SERVICE MEDICO SOCIAL

(à remplir obligatoirement)

PHOTO

ANNEE SCOLAIRE : 2019/2020..... Régime : DP – EXT – INT (entourer le régime choisi)

NOM : Prénom :

Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Etablissement scolaire précédent :
(même si CFA) Classe :

Nom et Adresse des parents ou du représentant légal :

Profession du père : Profession de la mère :

Educateur : OUI NON si oui : NOM..... Prénom.....

Adresse.....

Téléphone :

⇒ En cas d'urgence, pour un élève accidenté ou malade, les personnels de l'Education Nationale sont dans l'obligation d'appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou ambulances privées ou SMUR). Il convient de leur faire confiance.

⇒ La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire.

⇒ Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagner de sa famille ou d'un correspondant désigné par la famille. Une exception peut-être envisagée pour les internes.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un n° de téléphone

N° téléphone du domicile du père : de la mère :

N° téléphone travail du père : Portable :

N° téléphone travail de la mère : Portable :

Adresse mel de la famille :

Nom et N° téléphone d'un correspondant (ami, parent ..), susceptible d'aller chercher l'élève mineur hospitalisé

N° de portable de l'élève :

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

Date du dernier rappel de vaccin - DIPHTERIE – TETANOS – POLIO :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'infirmière ou du médecin de santé scolaire (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPS (projet personnalisé scolarisation) (MDPH) ☐ OUI ☐ NONVotre enfant a-t-il bénéficié d'un PAP (plan d'accueil personnalisé) l'année dernière : (joindre l'original) ☐ OUI ☐ NONVotre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour un examen (temps supplémentaire) ☐ OUI ☐ NON

NOM, Adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

A le Signature des parents :