

# FICHE D'URGENCE

Charleval – Année scolaire : 2026/2027

Document non confidentiel à usage d'Espace Libre, des services d'urgence et des écoles Jules Verne et Daniel Bellavoine

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

☐ Fille

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Classe : .....

☐ Garçon

## REPRÉSENTANT LÉGAL À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : .....

Téléphone : .....

Nom Assurance : ..... N° Assurance : .....

**Garantie Individuelle Corporelle ET Responsabilité civile → JOINDRE L'ATTESTATION**

**Rattachement de l'enfant :**

**Sécurité Sociale N° :** ..... **Caisse d'affiliation :** .....

**CAF Allocataire N° :** .....

*Nous vous informons que le centre social Espace Libre est habilité à vérifier par l'intermédiaire du site CAFPRO l'exactitude des renseignements fournis*

Bénéficiaire de l'AAEH\* : ☐

**\* Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé → JOINDRE le courrier de notification de la MDPH**

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

☐ Diphtérie Date : .....

☐ Tétanos Date : .....

☐ Poliomyélite Date : .....

☐ Coqueluche Date : .....

☐ Haemophilus influenzae b Date : .....

☐ Hépatite B Date : .....

☐ Méningocoque C (ABCWY) Date : .....

☐ Pneumocoque Date : .....

☐ Rougeole - Oreillons - Rubéole Date : .....

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI\* ? Oui ☐ Non ☐

**\* Projet d'accueil individualisé**

*Si oui, joindre ce PAI ainsi que l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré autrement.***

**Poids :** ..... kg **Taille :** ..... cm (Infos nécessaires en cas d'urgence)

**Allergies alimentaires** Oui ☐ Non ☐

**Allergies médicamenteuses** Oui ☐ Non ☐

**Autres (animaux, plantes, pollen)** Oui ☐ Non ☐

**Précisez :** .....

*Si oui, joindre un certificat médical et précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :*

**Votre enfant à une prise en charge chez un :** ☐ Orthophoniste, nom et ville : .....

☐ Psychomotricien, nom et ville : ..... ☐ Psychologue, nom et ville : .....

☐ Autres (CMP, SESSAD, etc.) Précisez : .....

**Votre enfant porte t-il :** ☐ des lunettes ☐ des prothèses auditives ☐ des prothèses dentaires

**Nom et N° de téléphone du médecin traitant :** .....

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à notre connaissance : .....

**En cas d'urgence, un enfant peut être 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 enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Je soussigné.e, ..... responsable légal.e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise l'équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRE

Charleval – Année scolaire : 2026/2027

Document à usage d'Espace Libre et des écoles Jules Verne et Daniel Bellavoine

Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Si votre enfant a été scolarisé dans un autre établissement scolaire, merci de préciser :

Nom de l'établissement : ..... Adresse : ..... Classe : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Profession des parents/représentants légaux :

.....

Situation familiale :

☐ Monoparentale ☐ Marié.es ☐ En couple ☐ Séparé.es ☐ Veuf.ve

**Fratrie** : Précisez les noms, prénoms et dates de naissance des frères et soeurs :

1 - ..... 2 - .....

3 - ..... 4 - .....

5 - ..... 6 - .....

## AUTORISATIONS

Je soussigné.e, ....., responsable légal.e de l'enfant :

**Soins** (compléter la fiche sanitaire d'urgence au verso)

- Autorise Espace Libre, les enseignants et le personnel des écoles à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.
- Décharge la structure de toutes responsabilités pendant le trajet en cas de transport par les secours.
- Autorise l'équipe médicale à pratiquer les soins nécessaires au regard de l'état de santé de mon enfant.

**Sorties éducatives**

- Autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives organisées par l'école et Espace Libre (EPS, spectacles, expositions, musées et autres...) pour l'année scolaire en cours.

**Images et voix**

- ☐ Autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié à des fins éducatives et/ou à des fins de diffusion par les services de communication de la commune, d'Espace Libre, de la Communauté de Communes Lyons-Andelle ou de la presse.
- Certifie que si je reçois les photos ou vidéos, je ne les utiliserai que pour mon usage familial.

Date : .....

Signature : .....