



FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à compléter par les familles à chaque début d'année scolaire.

Année Scolaire 2024-2025

Identité de l'élève

| | | | |
|----------|---|----------------------------------|-------------|
| Nom | | Sexe | |
| Prénom | | Numéro Sécurité Sociale (+16ans) | |
| Né(e) le | à | Dept | Nationalité |

Scolarité

| | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Spécialité | | Classe | |
| Régime | Externe | Demi-Pensionnaire | Interne |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Date entrée | |

Informations complémentaires

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Allergies / Intolérances | Non | Oui | Si oui, laquelle ? |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres allergies | Non | Oui | Si oui, lesquelles ? |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Traitement médical | Non | Oui | Si oui, lequel ? |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Projet d'Accueil Individualisé / Plan d'Accompagnement Personnalisé

Votre enfant bénéficiait-il l'an dernier

| | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|---|
| d'un PAI | Non | Oui | Si oui, veuillez le joindre sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement, avec l'ordonnance récente et le protocole d'urgence établi par le médecin ou le spécialiste. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d'un PAP | Non | Oui | Si oui, veuillez le joindre sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VACCINS (JOINDRE OBLIGATOIREMENT PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION)

| | |
|--|--------------------------|
| Date du dernier vaccin antitétanique | |
| Rougeole : votre enfant a-t-il eu les deux injections du vaccin (ROUVAX ou ROR ou PRIORIX) ? | |
| Non | Oui |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date du vaccin | |

Médecin traitant

| | | | | | |
|-----|--|-------|--|-----------|--|
| Nom | | Ville | | Téléphone | |
|-----|--|-------|--|-----------|--|

Représentant légal

Nom : _____ Responsable à contacter en priorité (Oui / Non)

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

☎ Dom : _____ ☎ Travail : _____ ☎ portable : _____

Représentant légal

Nom : _____ Responsable à contacter en priorité (Oui / Non)

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

☎ Dom : _____ ☎ Travail : _____ ☎ portable : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins, suivant les n° de téléphone communiqués. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille sauf entente directe de la famille avec une compagnie de taxi. Les élèves âgés de plus de 16 ans doivent être en possession de leur carte vitale.**

L'élève ayant un traitement prescrit par un médecin ou un spécialiste devra obligatoirement fournir une copie de l'ordonnance et déposer ses médicaments à l'infirmerie.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement, vous pouvez également contacter directement l'infirmière du lycée tout au long de l'année si besoin.

**Renseignements médicaux confidentiels destinés
au médecin de l'Éducation Nationale**

* Votre enfant a-t-il présenté des troubles de la santé ?

- Non
 Oui, lesquels ? à quel âge ? Quelles prises en charge ?

* Votre enfant a-t-il présenté des malaises ?

- Non
 Oui, lesquels ?

* Votre enfant a-t-il eu un ou des accident(s) ?

- Non
 Oui : quel type d'accident(s) ? À quelle date ? Présente-t-il des séquelles ?

* Votre enfant présente-t-il actuellement des troubles de la santé ?

- Non
 Oui, lesquels ?

* Votre enfant suit-il un ou des traitement(s) (médicaments, rééducations,) ?

- Non
 Oui, le(s)quel(s)

* **Vaccinations diphtérie, tétanos, polio (DTPolio) - Apporter les attestations ou le carnet de santé.**

* Votre enfant a-t-il rencontré des problèmes médicaux depuis le début de l'année scolaire 2018-2019 ?

* Autres informations complémentaires :

Date et signature du ou des détenteur(s) de l'autorité parentale :

Père (nom prénom) :

Mère (nom prénom) :

à _____ le _____

à _____ le _____

autre - préciser : _____ (nom prénom) :

A _____, le _____