

FICHE D'URGENCE

(Transmise aux services de secours en cas d'évacuation)

INFORMATIONS ELEVE

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom des parents ou du représentant légal :

Adresse :

N° du centre de sécurité sociale :

Adresse :

N° de la mutuelle complémentaire :

Adresse :

N° de l'assurance scolaire :

Adresse :

INFORMATIONS RESPONSABLES

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du père : Poste : Portable :

3. N° du travail de la mère : Poste : Portable :

4. Nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

N° de téléphone :

5. Nom du médecin traitant :

Adresse et n° de téléphone :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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 élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

ANTECEDENTS MEDICAUX

(Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.)

.....
.....
.....

ACCOMPAGNEMENT

L'élève bénéficie d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé): OUI NON

Si OUI, préciser la problématique et **joindre une copie** (sauf si déjà fournie au lycée l'année passée):

.....
.....

L'élève bénéficie d'un **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation) : OUI NON

Si OUI, préciser le handicap:

.....

L'élève bénéficie d'un **PAP** (Projet d'Accompagnement Personnalisé) : OUI NON

Si OUI, **remettre une copie au professeur principal.**

REACTIONS ALLERGIQUES

L'élève a des réactions allergiques : OUI NON

Si OUI, préciser : Alimentaire

Respiratoire

Cutanée

Autre :

Préciser l'allergène :

VACCIN DTP

Date du dernier **vaccin DTP** :

TRAITEMENTS

Tout traitement à prendre sur le temps scolaire est à déposer à l'infirmerie dans une pochette nominative avec une photocopie de l'ordonnance.

Pour **rappel** il est interdit de conserver des médicaments sur soi.

Vu et pris connaissance, à, le

Signature des parents ou responsables légaux