

FICHE INFIRMERIE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Identité de l'élève			
Nom :		Prénoms :	
Né(e) le :		à N° portable élève :	
Scolarité			
<u>Rentrée 2024 – 2025</u>		CLASSE :	
REGIME :		<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne	
<u>Rentrée 2023 -2024 (année précédente) :</u>		ETABLISSEMENT :	
		CLASSE :	
Responsable préférentiel		Deuxième responsable	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse complète :		Adresse complète :	
☎ domicile :	☎ portable :	☎ domicile :	☎ portable :
☎ travail :	Profession :	☎ travail :	Profession :
Courriel :		Courriel :	
Personne à contacter en cas d'urgence			
Nom, Prénom :		Lien de parenté (à compléter) :	
Adresse complète :			
☎ domicile. :		☎ portable :	

**① 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.**

Autres renseignements
N° de sécurité sociale :
Adresse du centre de sécurité sociale :
N° de l'assurance scolaire :
Adresse de l'assurance scolaire :
Informations complémentaires
Date du dernier rappel antitétanique : (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, maladies, suivi extérieur ...) :
L'enfant bénéficie-t-il d'un ou de plusieurs dispositifs suivants : (Cocher la case correspondante et indiquer la cause) Merci de nous remettre une copie des documents en votre possession <input type="checkbox"/> PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : <input type="checkbox"/> PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) : <input type="checkbox"/> PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative) : <input type="checkbox"/> Nécessité d'un traitement médical <u>ponctuel</u> selon une <u>prescription médicale</u> (bronchodilatateur, antalgique...) :
Médecin traitant (NOM, adresse, Tél) :

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière du lycée