

**FICHE D'URGENCE ELEVE\***

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du père ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la mère ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

Adresse du centre de sécurité sociale et Mutuelle : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

N° du contrat d'adhésion : \_\_\_\_\_

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant plusieurs numéros de téléphone :

1 domicile \_\_\_\_\_

2 travail du père/responsable légal \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

3 travail de la mère/responsable légal \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

4 Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et/ou de venir chercher votre enfant \_\_\_\_\_

**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.**

Date du dernier rappel de **vaccin anti Diphtérie-Tétanos-Polio-** (DTP-) : \_\_\_\_\_

**Observations particulières** que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (existence d'une **pathologie durable** ; d'une **allergie alimentaire** ou médicamenteuse ; d'un traitement au long cours ; ou d'un **handicap** pouvant retentir sur la scolarité) :

—

Les **informations confidentielles** seront jointes dans une enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmier(e) de l'Education Nationale.

Nom, Adresse et N° de Téléphone du **Médecin Traitant** : \_\_\_\_\_**MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE**

(\*) DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.  
Une photocopie de cette fiche sera remise aux services de secours en cas d'évacuation à l'hôpital.

Tournez svp



### **Autorisation de délivrance de médicament par l'infirmier-e du lycée**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... responsables légaux de  
....., autorise/ons l'infirmier-e du lycée à lui délivrer de façon ponctuelle  
et en cas de besoin (céphalées, douleurs abdominales, dentaires...) :

Doliprane 500      oui      non

Spasfon            oui      non

Date :

signatures :

### **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons le transport à  
l'hôpital par les services de secours, l'anesthésie et l'intervention chirurgicale en cas d'accident ou de  
maladie aiguë à évolution rapide dont pourrait être victime  
l'enfant..... dont nous sommes les parents et/ou responsables  
légaux.

Date :

signatures :