

# Fiche d'urgence à l'attention des parents

A retourner à l'établissement  
Document non confidentiel

Nom de l'établissement Lycée **Philibert de l'Orme** Année scolaire : **2026/2027**

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou représentant légal :  
.....

Adresse du centre de sécurité sociale : .....

Adresse de l'assurance scolaire : .....

**En cas d'accident ou de malaise aigu, L'infirmière ou le chef d'établissement appelle le SAMU : 15  
L'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

Responsable légal 1 :

Père  Mère  Autre  .....

Nom : .....

Prénom : .....

☐ domicile : .....

☐ travail : .....

☎ portable : .....

Responsable légal 2 :

Père  Mère  Autre  .....

Nom : .....

Prénom : .....

☐ domicile : .....

☐ travail : .....

☎ portable : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....  
.....

**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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné  
du représentant légal.**

Une photocopie de cette fiche sera remise aux services de secours en cas d'évacuation à l'hôpital.

❖ Date du dernier vaccin antitétanique : .....

❖ Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI  NON

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès du directeur d'école, ou du chef d'établissement.

Nom – Adresse – Numéro de téléphone du médecin traitant :  
.....  
.....

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) Pour toutes informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée, à l'attention de l'infirmière scolaire :  
.....  
.....

**MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE**

**Merci de joindre la copie des vaccinations**

**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 :