

SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES
Année scolaire 2024-2025

FICHE D'URGENCE
(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL)

NOM : **Prénom :**

Classe : **Date de naissance :**

- N° de sécurité sociale (obligatoire):

- Adresse du centre de sécurité sociale :

- Etablissement fréquenté l'an dernier :

-Nom du responsable légal 1:

Adresse responsable légal 1.....

-N° de contrat de l'assurance scolaire :

Adresse assurance.....

- En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de mettre à jour ces coordonnées en cas de changement :

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Domicile :	Domicile :
Travail :	Travail :
Portable :	Portable :

- **Nom et n° 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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein du lycée, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire.

Mon enfant bénéficie d'un **PAI** : **oui** **non** => **Merci de fournir une copie du PAI**

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance du lycée

(allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...) :

.....

-Nom du médecin traitant :

Adresse et tel médecin traitant.....