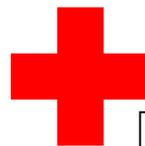


FICHE URGENCE

A L'ATTENTION DES PARENTS



A remettre au
service infirmier

Année Scolaire 2023/2024

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :

____ / ____ / ____

NOM/PRENOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL :

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

N° et adresse du Centre de Sécurité Sociale : _____

N° et adresse de l'Assurance Scolaire : _____

Pendant l'année scolaire, en cas de maladie ou d'accident nécessitant un retour au domicile, vous serez contacté(s) par le service «INFIRMERIE » afin de venir récupérer votre enfant au Lycée Arago :

RESPONSABLE n°1 (Nom/prénom) : _____

RESPONSABLE n°2 (Nom/prénom) : _____

1 – N° FIXE DU DOMICILE :

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

2 – N° portable :

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

3 – N° du travail :

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ POSTE : _____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ POSTE : _____

5 – N° personnel du lycéen/étudiant :

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

6 – Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ou de venir chercher l'élève/étudiant immédiatement :

Nom/Prénom : _____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

7- OBLIGATOIRE POUR LES INTERNES : nom/prénom et n° de téléphone du correspondant :

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Commune : _____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

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.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, asthme, diabète, épilepsie, cardiopathie, trouble du langage, traitements en cours, précautions particulières à prendre), afin de permettre une prise en charge médicale ou pédagogique adaptée à la situation de votre enfant, notamment par la mise en place d'un AMENAGEMENT / PAI / PAP / PPS / GEVASCO :

Aménagement(s) Particulier(s) pour les Examens : ----- oui non

Projet d'ACCUEIL Individualisé (PAI) : ----- oui non

Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) : ----- oui non

Projet Personnel de Scolarisation (PPS) /GEVASCO (MDPH) : ---- oui non

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique – D.T.POLIO (JOINDRE PHOTOCOPIES) : _____

Nom, adresse et n° de
Téléphone du médecin
traitant :

Docteur : _____

Adresse : _____



____ / ____ / ____ / ____ / ____

Vu et pris connaissance le : _____, le représentant légal (signature) :