

## FICHE D'URGENCE ET DE SANTÉ

Document non confidentiel valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements

COPIE DE CETTE PAGE DESTINÉE AUX SERVICES DE SECOURS D'URGENCE LE CAS ÉCHÉANT

Nom :  Prénom :

Classe :  ... Régime : INT  DP  EXT

Date de Naissance :  Lieu de naissance : ...

N° de Sécurité Sociale (15 chiffres) :

N° de Sécurité Sociale de l'élève (si + de 16 ANS) :

Numéro de portable de l'élève :

Personnes à prévenir (cocher le représentant légal)

Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél. domicile : <input type="text"/>	Tél. domicile : <input type="text"/>	Tél. domicile : <input type="text"/>
Tél. travail : <input type="text"/>	Tél. travail : <input type="text"/>	Tél. travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>

Adresse du jeune si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre, antécédents médicaux ou chirurgicaux...) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence. **Dans tous les cas l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

(à mettre sous enveloppe cachetée **tous documents médicaux confidentiels** avec nom, prénom et classe de l'élève)

### Fiche à compléter si votre enfant :

- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- est susceptible de prendre un traitement d'urgence
- est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- présente des difficultés particulières nécessitant des aménagements de la scolarité (exemple : dyslexie)

NOM :  PRÉNOM :...

Adresse :

Tél. domicile :  TEL. Portable :

TROUBLES MÉDICAUX	TROUBLES DES APPRENTISSAGES
<b>Nature :</b> <input type="text"/>	<b>Bénéficiait-il de ? :</b> - P.P.S. (Dossier MDPH) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - P.A.P. (Aménagements pédagogiques) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Lesquels :</b> <input type="text"/> - Aménagements aux examens <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire (PAI) (protocole d'urgence ou prise de médicaments) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Dans le cas d'une simple prise de Ventoline, votre enfant peut l'avoir sur lui, accompagnée de l'ordonnance de l'année en cours.	Suivi orthophonique : <input type="text"/>  Suivi médico-psychologique : <input type="text"/>

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un projet d'accueil individualisé conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période - prenez contact dès la rentrée avec l'infirmière scolaire.

A,  le

Vu et pris connaissance, Le représentant légal SIGNATURE :