FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2023-2024

Diffusion : original dossier santé élève (infirmerie) copie classeur vie scolaire

Cette première page sera communiquée à tous les membres de l'équipe éducative, pour le bien de votre enfant. Elle est valable dans l'enceinte du lycée, ou lors des déplacements en France et/ou à l'étranger.

NOM et **Prénom de l'élève** ..... **Sexe** ☐ M ☐ F **Classe** ……..…….

Date de naissance I__I__I__I__I__I__I__I__I Lieu de naissance ……..

Adresse de l'élève si différente de celle du responsable légal...…….....……

……

Code postal **I__I__I__I__I__I** **Commune** …….....……...

N° de tél. portable **de l'élève** I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I **Régime** ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe

N°Sécurité sociale I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I I__I__I

Personne à prévenir en cas d'urgence

	Responsable 1	**Responsable 2**	**Responsable 3**
	o **Père** o **Mère**	o **Père** o **Mère**	o **Père** o **Mère**
	o Autre ……	o Autre ……	o Autre ……
Responsable légal	o **OUI** o **NON**	**o OUI** o **NON**	**o OUI** o **NON**
Nom	……	……	……
Prénom	……	……	……
Adresse	……	……	……
	……	……	……
Code postal	I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I
Commune	……	……	……
Tél. fixe	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Tel. travail	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Tél. portable	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Médecin traitant **NOM**……..……..…., N° de telephone I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I,

Adresse …… Code postal I__I__I__I__I__I Commune ……..……

Renseignements d'urgence (allergies, traitements, précautions à prendre) ..... ……..…

..... ……..

……

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel …../…../……

Je soussigné(e) *(NOM et Prénom)* ……..……..……..……, responsable légal de l'élève *(NOM et Prénom de l'élève)* ……..……..……, en classe de ……..,

1. **Autorise** son transport entre l'hôpital et le lycée **avec un véhicule sanitaire** sous la responsabilité du chauffeur (*l'établissement n'est pas habilité à transporter les élèves/étudiants entrant ou sortant de l'hôpital et la sortie est soumise à la réglementation de l'hôpital).* ☐ OUI ☐ NON
2. **Autorise** l'administration de l'établissement à diriger mon enfant vers l'hôpital que le service d'urgence juge le mieux adapté. ☐ OUI ☐ NON
3. **Atteste** que l'élève nommé ci-dessus est titulaire de l'ASSR2 (Sécurité Routière – niveau 2) ☐ OUI ☐ NON
   (si oui, fournir une copie des attestations) du PSC1 ou équivalent (secourisme) ☐ OUI ☐ NON
4. **Certifie** sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document

A ……..……., Le ……/……/……. Signature

Si les responsables légaux omettent, ou décident en toute connaissance de cause, de ne pas porter certaines informations importantes concernant la santé de l'élève à la connaissance de l'établissement, l'établissement déclinera toute responsabilité en cas de problème.