



# FICHE URGENCE

Cette fiche est systématiquement emportée par les accompagnateurs de tout déplacement hors de l'établissement.

De même, elle accompagnera systématiquement l'élève en cas d'évacuation médicale d'urgence

NIVEAU :

CLASSE :

## 1/ IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  Féminin  Masculin

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMMUNE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_

NATIONALITE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DE L'ELEVE/ETUDIANT : \_\_\_\_\_

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

N° ET ADRESSE DE LA MUTUELLE : \_\_\_\_\_

## 2/ SCOLARITE

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2018-2019 :

REGIME :

Externe  DP  Interne

## 3/ RESPONSABLE 1 (Légal et financier) :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève :  Père  Mère  Tuteur  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

Enfants à charge (âge) : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE 2 :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève :  Père  Mère  Tuteur  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

Enfants à charge (âge) : \_\_\_\_\_

## AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

En vertu des articles du BO du 06/01/2000, l'infirmière n'est pas autorisée à donner des médicaments sans prescription médicale.

**En cas de traitement ponctuel**, les médicaments doivent obligatoirement être déposés à l'infirmerie avec l'ordonnance.

**En cas de traitement régulier**, la mise en place d'un PAI et/ou d'un protocole d'urgence doit être établi à votre demande.

**Pour les internes**, tout traitement doit être préparé dans un pilulier hebdomadaire accompagné de l'ordonnance et déposé au bureau de la vie scolaire de l'internat. Si l'élève est mineur. En cas de détention de médicaments et/ou d'automédication de votre enfant, c'est votre responsabilité qui sera engagée.

**MEDECIN TRAITANT (Adresse, N° de téléphone) :**

---

---

**Prise régulière de médicaments :**

---

---

**Maladies chroniques ou handicap :**

---

---

**Allergies :**

---

---

**Interventions chirurgicales :**

---

---

**Informations particulières :**

---

---

---

---

---

---

**Vaccins (Fournir une photocopie des pages de vaccination)**

**DATE DU dernier DTPolio :** \_\_\_\_\_

### PARCOURS PARTICULIER

PPS (MDPH)

PAP (Troubles de l'apprentissage)

PAI (Soins)

Je soussigné \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude des informations indiquées et m'engage à signaler tout changement de situation.

**Date et signature du responsable légal  
ou de l'élève majeur**