



**FICHE D'URGENCE  
SERVICE INFIRMERIE  
Année Scolaire 2023/ 2024  
DOCUMENT A REMPLIR ET JOINDRE AU DOSSIER**

Document non confidentiel valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Régime : Interne  Demi-pensionnaire  Externe  Interne

Date de Naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Sexe : M  F

N° de Portable de l'élève : .....

N° de Sécurité sociale de l'élève (pas celui des parents) : ... /..... /..... /..... /..... /..... /.....

**Personnes à prévenir cocher le ou les représentants légaux**

<b>Mère</b> <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....  <input type="checkbox"/> Domicile : ..... <input type="checkbox"/> Travail : ..... <input type="checkbox"/> Portable : ..... <b>Mail</b> : .....	<b>Père</b> <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....  <input type="checkbox"/> Domicile : ..... <input type="checkbox"/> Travail : ..... <input type="checkbox"/> Portable : ..... <b>Mail</b> : .....	<b>Autre</b> <input type="checkbox"/> (Lien de parenté) : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....  <input type="checkbox"/> Domicile : ..... <input type="checkbox"/> Travail : ..... <input type="checkbox"/> Portable : ..... <b>Mail</b> : .....
---	---	--

Adresse du jeune si différente : .....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

Suivi chez d'autres praticiens de santé : .....

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** (entourer les pathologies de l'élève) :

- Diabète (préciser traitement)
- Asthme (préciser traitement)
- Épilepsie (préciser traitement)
- Allergie alimentaire (préciser allergène, symptômes et traitement)
- Allergie autre qu'alimentaire (préciser allergène, symptômes et traitement)
- Cardiopathie (préciser symptômes et traitement)
- Intervention chirurgicale (préciser laquelle et date)
- Autre : Joindre copie des ordonnances en cours

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre) :

**Vaccination antitétanique, date du dernier rappel** : .....

**Correspondant local qui réside à proximité du lycée, habilité à transporter l'élève ci-dessus désigné et qui demeure joignable à tout moment. M OU Mme** : ..... **Tél** : .....

**En cas d'urgence**, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève/l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. **Dans ce cas seulement, le transport est assuré par les services de secours d'urgence**, sans quoi il doit être assuré par les parents ou le représentant légal.

**Autorisation** :

Je soussigné(e), ....., responsable légal (e) autorise l'établissement à remettre mon enfant au service de transport envoyé par le SAMU.  
Dans tous les cas, **l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.**

Date : ..... Signature du responsable légal(e) : .....