RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
*Liberté Égalité Fraternité*

Lycée Nadar Draveil

ANNEE 2023-2024

# FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

Date de naissance : ..... N° Sécurité Sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....
.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille rapidement. En cas d'urgence, le malade est orienté et transporté par les services d'urgence (SAMU), la famille est avertie par nos soins pour accompagner son enfant ou le rejoindre à l'hôpital. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagner de sa famille.
*Un double de cette fiche sera remis aux transports sanitaires*

Merci de nous communiquer des numéros de téléphone pour nous permettre de vous joindre rapidement : N° portable : ..... / .....
N° domicile : ..... / .....
N° travail : ..... / .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement (en cas d'impossibilité de vous joindre directement) : .....
.....

Nom et n° de téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (entre 11 et 13 ans) : .....
Vaccinations ROR : 1ère injection : ..... / 2ème injection : .....

Votre enfant présent-il un problème de santé ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, remplir la fiche de renseignements médicaux confidentielle.
Si vous souhaitez transmettre d'autres informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmier(e) de l'établissement. Vous pouvez également le (la) contacter au n° de téléphone du lycée : 01 69 40 38 10.

Votre enfant présente-t-il un problème de santé qui nécessite des soins ou un aménagement sur le temps scolaire dans le cadre d'un P.A.I ? ☐ OUI ☐ NON
Si c'était le cas l'an dernier, merci de bien vouloir récupérer le document auprès de l'établissement fréquenté et le transmettre à l'infirmier(e) du lycée lors de l'inscription.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précautions particulières...) :
.....
.....
.....

Date et signature du responsable légal :