

*Année scolaire 2021-2022*

**FICHE D'URGENCE MEDICALE**

*ATTENTION, Ce document n'est pas confidentiel, il est utilisé en cas d'urgence. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire.*

**ELEVE**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Classe pour l'année scolaire 2020-2021 :** \_\_\_\_\_

**Régime de l'élève :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du centre de sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**N° sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**N° et adresse de l'assurance scolaire :** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTS LEGAUX**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez nous faciliter la tâche en nous donnant ci-dessous un maximum de coordonnées afin de vous joindre. Par ailleurs, merci de nous tenir informés si celles-ci changent dans le courant de l'année.

En cas d'urgence, j'autorise le transport de mon enfant accidenté ou malade par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par un personnel du lycée. Attention, un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

<b>RESPONSABLE LEGAL N°1</b>	<b>RESPONSABLE LEGAL N°2</b>
NOM/Prénom :	NOM/Prénom :
Adresse :	Adresse :
1. N° de téléphone du <b>domicile</b> :	1. N° de téléphone du <b>domicile</b> :
2. N°téléphone <b>portable</b> :	2. N°téléphone <b>portable</b> :
3. N° du <b>lieu de travail</b> (indiquer le poste) :	3. N° du <b>lieu de travail</b> (indiquer le poste) :

*Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :*

.....

DATE

SIGNATURE

**TOURNEZ LA PAGE SVP**



Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des urgences (allergies, traitements en cours, médicaments contre-indiqués, précautions particulières à prendre) ;

---

---

---

---

---

---

---

**MEDECIN TRAITANT**

NOM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

**ATTENTION, POUR LES ELEVES INTERNES**  
PREVOIR UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION VITALE AINSI QUE CELLE  
DE L'ATTESTATION MUTUELLE AFIN DE PRATIQUER LE TIERS PAYANT SI  
BESOIN.