

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Nom et prénom de l'élève

Date de naissance Lieu

Interne ☐

Demi-pensionnaire ☐

Externe ☐

Dernière classe suivie Dernier établissement

Sexe : M ☐ F ☐ Majeur : OUI ☐ NON ☐

Nom et adresse des parents ou du représentant légal

Situation des parents : Mariés ☐ Divorcés ☐ Veuf ☐ Autre ☐ Préciser :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter la tâche de la communauté scolaire en donnant les numéros de téléphone suivants :

1. N° du domicile N° de portable
2. N° du travail du père N° du travail de la mère
3. Nom et N° d'une personne susceptible de prévenir la famille
4. Nom et N° du médecin traitant
5. Nom et N° du correspondant *

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'établissement.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION DE RETOUR POUR LES ELEVES INTERNES

En cas de soins ne nécessitant pas une hospitalisation, j'autorise l'établissement hospitalier à prendre toute mesure nécessaire (taxi, ambulance) pour le retour dans la structure scolaire de mon enfant interne et **m'engage à prendre en charge les frais de transport.**

A le

Signature des parents ou du représentant légal

*** IMPORTANT** **En l'absence de correspondant les parents s'engagent à venir chercher leur enfant s'il nécessite un retour chez lui ou un examen particulier.**

Lu et approuvé **Signature**

TOURNEZ LA PAGE SVP →

INDICATIONS PARTICULIERES RELATIVES A LA SANTE

Si vous souhaitez que ces informations restent confidentielles pensez à nous transmettre cette fiche sous pli cacheté

PHOTOCOPIE DE TOUTES LES VACCINATIONS : Obligatoire pour tous les élèves

1 - Obligatoire pour la filière ASSP : Attestation médicale jointe au dossier d'inscription à faire compléter pour la rentrée scolaire par le médecin traitant (attention : Hépatite B obligatoire)

2 - Obligatoire pour la spécialité hôtellerie : Date du dernier rappel DTP diphtérie tétanos polio effectué (moins de 5 ans)

Cocher ou écrire en rouge si problème

PAI/ PPS/ PPRE / TROUBLES DES APPRENTISSAGES : OUI ☐ NON ☐ Précisez

ALLERGIES : OUI ☐ Si oui préciser la nature de l'allergie NON ☐

Aux médicaments : Le(s)quel(s) Réaction :

Aux aliments : Le(s)quel(s) Réaction :

Autres : Réaction :

ASTHMATIQUE : OUI ☐ NON ☐ Avec traitement, lequel :

DIABETIQUE : OUI ☐ NON ☐ Avec traitement, lequel :

EPILEPTIQUE : OUI ☐ NON ☐ Avec traitement, lequel :

SPASMOPHILIE/TETANIE /CRISES D'ANGOISSE : OUI ☐ NON ☐ Avec traitement, lequel :

AUTRES (précisez) : Réaction :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

TRAITEMENTS EN COURS

Attention pour les INTERNES, quel que soit le traitement, joindre obligatoirement l'ordonnance et déposer le traitement à l'infirmerie. INTERDICTION d'avoir des médicaments à l'INTERNAT.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS : joindre, pour les **INTERNES SEULEMENT**, les attestations de Sécurité Sociale et Mutuelle en cours de validité, aucune photocopie de la carte vitale (verte) ne peut remplacer l'attestation de sécurité sociale (papiers en A4). **PENSER A LA RENOUVELLER EN JANVIER TOUS LES INTERNES DE PLUS DE 16 ANS DOIVENT AVOIR SUR EUX LEUR CARTE VITALE.**

N° de Sécurité Sociale et lieu de la Caisse

Nom de la Mutuelle des parents

Assurance élève

AUTORISATION DE SORTIE POUR SOINS PARTICULIERS (élèves mineurs)

Je soussigné, Monsieur Madame

AUTORISE ☐

N'AUTHORISE PAS ☐

mon enfant à se rendre seul en ville pour recevoir des soins (dentiste, laboratoire, radiologue, planning familial, médecin). Si vous cochez « n'autorise pas », vous vous engagez à venir le chercher.

Lu et approuvé

Signature du responsable légal

Pour tous les élèves : en cas de maladie nécessitant un protocole de soins particuliers, veuillez contacter notre service afin que nous convenions ensemble de la conduite à tenir.