

**FICHE D'URGENCE
2026-2027**

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

(à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire)

ELEVE	Classe :
NOM :	Prénom :
Date de naissance : «Date_Naissance»	
N° de sécurité sociale :	N° de l'assurance scolaire :
.....
Adresse du centre de sécurité sociale	Adresse de l'assurance scolaire :

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2
NOM et Prénom		
Adresse :		
En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :		
Portable		
Domicile		
Travail		
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :		

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

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aïgue à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signature du ou des responsables légaux :



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Lycée Joseph Saverne
L'Isle Jourdain

VACCINATION

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Injections obligatoires à 2 mois, 4 mois puis rappel obligatoire à 11 mois, pour être efficace il est recommandé d'effectuer un rappel à 6 ans, entre 11 et 13 ans puis à 25 ans).

Joindre une photocopie des vaccins p. 90 à 93 du carnet de santé

MEDECIN TRAITANT

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement

➤ **Observations particulières :**

Que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

➤ **Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ou d'un problème de santé pour lesquels vous souhaiteriez la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I).**

OUI

NON

➤ **Un PAI était-il en place pour l'année scolaire 2025 - 2026 ?**

OUI

NON

• Si oui souhaitez-vous le renouveler ?

OUI

NON

Date :

Signature du ou des responsables légaux :