

Fiche d'urgence

Identité de l'élève

Nom :	_____	
Prénoms :	_____	Sexe (M ou F) _____
Né(e) le :	_____	à _____
Département :	_____	
Nationalité :	_____	
Numéro de sécurité sociale (enfant de + de 16ans) :	_____	

Scolarité de l'année 2018-2019

Formation :	_____	Date entrée : _____
Régime :	_____	
Divison :	_____	

Scolarité de l'année 2017-2018

Formation :	_____	
Etablissement :	_____	
Commune :	_____	

Responsable légal 1

Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code Postal :	_____		
Commune :	_____	Pays :	_____
☎ domicile :	_____	☎ travail :	_____
		☎ portable :	_____
@ courriel :	_____		
Situation emploi :	_____	Code emploi :	_____
Profession :	_____	Code profession :	_____
Numéro Sécurité Sociale :	_____		

Responsable légal 2

Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code Postal :	_____		
Commune :	_____	Pays :	_____
☎ dom. :	_____	☎ travail :	_____
		☎ portable :	_____
@ courriel :	_____		
Situation emploi :	_____	Code emploi :	_____
Profession :	_____	Code profession :	_____
Numéro Sécurité Social :	_____		

Autre responsable ou personne à contacter en cas d'urgence

Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code postal :	_____		
Commune :	_____	Pays :	_____
☎ dom. :	_____	☎ travail :	_____
		☎ portable :	_____
@ courriel :	_____		

Autres renseignements

N° et adresse du centre de sécurité sociale : _____

N° et adresse de l'assurance scolaire : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours 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 ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Informations médicales

Merci d'écrire ci-dessous les informations que vous souhaitez porter à la connaissance de la communauté éducative pour venir en aide à votre enfant en cas d'urgence :

Date du dernier rappel antitétanique : _____

Allergies : _____

Précautions Particulières : _____

N° et adresse du medecin traitant _____

Remarques : _____

J'autorise l'établissement à utiliser ces informations sur le logiciel de vie scolaire de l'établissement.
Ces informations seront visibles par les personnels habilités du lycée (infirmière, cpe, direction, professeur principal)

Je n'autorise pas l'établissement à utiliser ces informations numériquement.

Date

Signature