

# FICHE D'URGENCE

**Document non confidentiel, à disposition de l'équipe éducative et appelé à accompagner l'apprenant lors des sorties pédagogiques, stages découverte...**

<b>2025-2026</b>  <b>INFIRMERIE</b>	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Classe : ..... Régime : <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne/externé
Numéro du téléphone portable de l'apprenant	0 / / / /

Adresse de l'apprenant	
Code postal	Commune
Garde alternée 2eme adresse	Semaine paire / impaire :
Situation familiale	Vit chez : / Autonome <input type="checkbox"/>

	📞 EN CAS D'URGENCE REPRÉSENTANT LÉGAL 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	📞 EN CAS D'URGENCE REPRÉSENTANT LÉGAL 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	📞 Autres personnes à prévenir en cas d'impossibilité à vous joindre Qualité (frère, sœur, grand-parents ...)
Nom			
Prénom			
Adresse Domicile			
Portable			
Travail			

Je soussigné(e),  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 En qualité de : .....  
 En qualité d'apprenant majeur au 1<sup>er</sup> septembre 2025 et indépendant

numéro de sécurité sociale :

Date dernier vaccin DTPOLIO :

**AUTORISE**

**L'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU SES REPRÉSENTANTS :**

- ▶ à faire intervenir un médecin en cas de besoin et à dispenser les soins prescrits .
- ▶ A prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation (évacuation vers une structure de soins par un transport sanitaire).
- ▶ En cas d'urgence, le médecin régulateur du 15 oriente l'élève ou l'étudiant vers le centre hospitalier auquel est rattaché l'établissement.

A.....le .....

Signature :

**FICHE DE SANTÉ**

<b>Maladie</b>	_____
<b>Traitement</b> (photocopie de l'ordonnance)	_____
<b>Réactions allergiques Médicamenteuses</b> (joindre un certificat médical)	_____
<b>Réactions allergiques Alimentaires</b> (joindre un certificat médical)	_____
<b>PAI</b> Projet d'accueil individualisé	<input type="checkbox"/> Oui et ci-joint <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> non</span>
<b>Observations particulières</b>	_____ _____

<b>Autres maladies :</b>
..... .....
<b>L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? :</b>
..... ..... .....

<b>Dispense totale ou partielle d'activités sportives</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> avec PAI ci-joint <input type="checkbox"/>
---

<b>OBSERVATIONS</b> que vous jugez utiles de faire connaître à l'équipe éducative en charge de votre enfant.
..... ..... .....