

FICHE D'URGENCE

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

2026-2027 INFIRMERIE	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	
<i>Code postal</i>	<i>Commune</i>
<i>Garde alternée 2eme adresse</i>	Semaine paire / impaire :
<i>Situation familiale</i>	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 ...)
<i>Nom</i>			
<i>Prénom</i>			
<i>Adresse Domicile</i>			
<i>Portable</i>			
<i>Travail</i>			

Je soussigné(e),
 Nom : Prénom :
 En qualité de :
 En qualité d'apprenant majeur au 1^{er} septembre 2026 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

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

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

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

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