

**À COMPLÉTER ET À RENDRE**

**FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS (1)**  
*(A retourner au directeur d'école ou chef d'établissement en début d'année)*

**NOM DE L'ETABLISSEMENT :** ..... **ANNEE SCOLAIRE :** .....

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

.....

**En cas d'accident ou malaise aigu, le directeur d'école ou chef d'établissement appelle le SAMU : 15**

Il 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 :

1. N° de téléphone du domicile : ..... N° port. (père) ..... (mère) .....

2. N° du travail du père : ..... Poste : .....

3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....

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

Veuillez nous préciser les éléments suivants :

• **Date du dernier vaccin DTP :** .....

(Pour être efficace, cette vaccination doit répondre au calendrier vaccinal en cours)

• **Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :**  OUI  NON

(Signaler uniquement le PAI, document médical et non le PAP, document pédagogique)

Le projet d'accueil individualisé (PAI) concerne les élèves **atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période**. Il est mis en place **à la demande des parents**. Il est renouvelé chaque année scolaire **à la demande des parents**. Les parents doivent fournir **obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption**.

**Pour tout problème de santé, vous pouvez contacter l'Infirmier(e) du lycée**

**au 04 75 35 09 77**

• **Nom - Adresse - N° de téléphone du médecin traitant :**

.....

.....