

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

LYCEE AMBROISE VOLLARD

20...-20...

Nom : Prénom(s) :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

En cas d'accident, l'établissement doit pouvoir contacter la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les numéros de téléphone auxquels nous pourrions vous joindre rapidement :

N° de téléphone du domicile :
 N° du travail du père : Poste :
 N° du travail de la mère : Poste :
 Portable du père : de la mère :
 Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement (voisins, amis,...)

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est pris en charge 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.

A :

Le :

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
 (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières	Aménagement de scolarité antérieur
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	PAP <input type="checkbox"/>
.....	Ou
.....	PAI <input type="checkbox"/>

→PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) pour tous les troubles des apprentissages (ex : dyslexie...)
 →PAI (Projet d'Accueil Individualisé) pour toutes les pathologies chroniques (diabète, épilepsie...), intolérances alimentaires, allergies

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

***DOCUMENT CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
 Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin, ou de l'infirmier(e) de l'établissement.