



LEGTA DE GUADELOUPE
Convenance 97122 Baie-Mahault
Tél. : 0590 95 27 66 Fax : 0590 95 14

Insérer
Photo
D'identité
Récente

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

(NON CONFIDENTIELLE)

Année Scolaire : 2021/2022

Nom / Prénom de l'élève : _____	
Date de naissance : _____	
Classe : _____	N° portable de l'élève : _____
Régime : <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne	
L'élève vit : <input type="checkbox"/> Chez ses parents <input type="checkbox"/> Chez sa mère <input type="checkbox"/> Chez son père <input type="checkbox"/> Autres	
Nom et adresse du représentant légal : _____	
N° de sécurité sociale de l'élève ou du représentant légal : _____	
N° adhérent _____ / Nom et adresse de l'assurance scolaire : _____	
Nom : _____ et Coordonnées du médecin traitant : _____	

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Merci de renseigner les informations suivantes :

☎ Tel. Domicile : _____	
☎ Tel. Portable du Père : _____	☎ Travail : _____
☎ Tel. Portable de la Mère : _____	☎ Travail : _____
Nom et Numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____	

EN CAS D'URGENCE : L'élève accidenté ou malade est orienté et transporté 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.

Veillez remplir la page 2 SVP.

FICHE DE RENSEIGNEMENT

(A DESTINATION DE L'INFIRMIERIE DE L'ETABLISSEMENT)

- ❖ Votre enfant, a-t-il des antécédents (médicaux, chirurgicaux...) ? oui non
Si oui, lesquels ? _____
- ❖ Votre enfant, suit-il un traitement médical ? oui non
Si oui, lesquels ? _____
- Joindre une prescription médicale**
- ❖ Votre enfant, a-t-il une maladie chronique (diabète, asthme...) ? oui non
Si oui, laquelle ? _____
Bénéficie-t-il d'un PAI ? **Si oui, joindre la photocopie de celui-ci.**
- ❖ Votre enfant, a-t-il des troubles de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...) ? oui non
Si oui, lesquels ? _____
- ❖ Votre enfant, a-t-il besoin d'aménagements spécifiques ? en a-t-il déjà bénéficié ? oui non
Si oui, lesquels ? _____
- ❖ Votre enfant, a-t-il des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ? _____
- Joindre un certificat médical**
- ❖ Votre enfant, porte-il des prothèses ? oui non
Si oui, lesquelles ? _____
- ❖ Votre enfant, a-t-il une dispense totale de sport ? oui non
Si oui, pourquoi ? _____
- Joindre une dispense**

Date du dernier rappel antitétanique :

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de vaccination

En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par l'infirmière pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.

Pour les élèves internes, vous devez obligatoirement :

- Fournir **les coordonnées d'un correspondant local** qui pourra éventuellement venir chercher l'élève en l'absence des parents (accident, maladie...).

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de Téléphone : _____

- Laisser à l'infirmierie tous les médicaments dont l'élève pourrait avoir besoin ainsi qu'une copie de l'ordonnance mentionnant le traitement prescrit.

Toute détention de quelque produit ou médicament sur soi ou dans les chambres est strictement interdite (sauf protocole établi pour certaines pathologies dans le cadre d'un PAI).

Tous les élèves qui ont un traitement à suivre dans le lycée doivent le déposer à l'infirmierie avec une prescription médicale du médecin. Les modalités d'application et de suivi du traitement seront décidées avec l'infirmière, au cas par cas.

Ces mesures visent essentiellement à assurer la sécurité en matière de tous les élèves, à éviter l'automédication, les interactions avec d'autres médicaments délivrés à l'infirmierie si nécessaire, et les allergies éventuelles.

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli à l'infirmierie.

Signature des représentants légaux