



FICHE d'URGENCE à l'ATTENTION de L'ETUDIANT ou du représentant légal – 2024/25
(A nous retourner avec le dossier e rentrée)

<u>Nom</u> :	<u>Date de naissance</u> :
<u>Prénom</u> :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
<u>Classe</u> :	<u>N° sécurité sociale</u> :
	<u>Nom et n° adhérent de la mutuelle</u>

Adresse résidence principale :

.....
.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal (si différent de la résidence principale)

.....
.....

En cas d'accident, l'établissement 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 :

2 - N° de portable du père : de la mère :

3 - N° du travail du père : de la mère :

4 - Nom et N° de téléphone d'une personne à prévenir rapidement :

5 - Mail des parents - Parent 1 : Parent 2 :

En cas d'urgence, un étudiant 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.

Si les services de secours jugent la situation non-urgente et refusent de vous emmener, nous vous proposerons de joindre une personne susceptible de venir vous chercher ou d'appeler une ambulance.

LES FRAIS ENGAGES SONT A LA CHARGE DES FAMILLES ET NON DE L'ETABLISSEMENT.

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

.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Traitement(s) en cours :

.....
.....

Avez-vous des **allergies médicamenteuses** ? OUI NON

Si Oui indiquez lesquelles :

des **allergies alimentaires** ? OUI NON Intolérance

Si Oui indiquez lesquelles :

Et celles nécessitant un traitement d'urgence :

des **allergies autres** ? OUI NON

Si Oui indiquez lesquelles :

Et celles nécessitant un traitement d'urgence :

Aucune allergie alimentaire au restaurant scolaire ne pourra être prise en compte sans la présentation d'un certificat médical auprès de Mme RADIX, infirmière.

En cas de problème de santé, un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** peut être mis en place au sein de l'établissement. Selon la nature du trouble de la santé, il permet :

- d'appliquer le protocole des soins d'urgence le cas échéant.
- d'administrer son traitement
- de proposer un régime alimentaire adapté selon la prescription médicale
- de mettre en place des aménagements spécifiques

Souhaitez-vous la mise en place de ce protocole :

OUI NON renouvellement PAI existant

Si oui, merci de nous adresser rapidement le **protocole établi par le médecin traitant ainsi que le traitement.**

Si l'un des troubles ci-dessous vous concerne, merci de le préciser et de fournir les bilans

Dyslexie Dyspraxie Dyscalculie ou autre :

Disposez-vous d'un dossier MDPH OUI NON

SI OUI merci de préciser le motif de la notification et date de la notification :

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de votre scolarisation au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

A, le / / Signature :

Ou Représentant légal de l'étudiant nommé ci-dessus si mineur au moment de l'inscription Signature :