

FICHE D'URGENCE MEDICALE
(A compléter par les parents)*



NOM DE L'ETABLISSEMENT : LYCÉE LÉON BLUM

ANNÉE SCOLAIRE : 2026/2027

NOM:

PRÉNOM :

CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

NOM, ADRESSE ET TÉLÉPHONE DU CORRESPONDANT (obligatoire si interne) :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM, ADRESSE ET N° DE POLICE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

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

1. N° de téléphone du responsable légal 1: Travail :

2. N° de téléphone du responsable légal 2 : Travail :

3. 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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou du correspondant.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Joindre une copie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Observations médicales particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, PAI, ou d'un PAP)

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

.....

Nom et prénom du responsable légal :

Signature :

***DOCUMENT NON 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 de l'établissement