

**FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS\***

extraite du B.O.hors série n°1 du 6/01/2000

\* *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 service de santé scolaire de l'établissement.**

*Les élèves ne doivent détenir aucun médicament dans l'établissement.*

*En cas de nécessité contacter l'infirmerie.*

---

**Année Scolaire :** 2026-2027**Nom :** .....**Prénom :** .....**Classe :** .....**Numéro de sécurité sociale :** .....**Date de naissance :** ..... **Né(e) à**.....**Qualité :**  Externe  D.P.  Interne **N° portable élève :****Noms et adresse des parents ou du représentant légal :**.....  
.....**Comment vous joindre rapidement en cas d'accident (numéroter par ordre de priorité):** N° de téléphone du domicile : ..... N° du travail parent n°1: ..... poste : ..... Portable : ..... N° du travail parent n°2 : ..... poste : ..... Portable : ..... Nom, lien de parenté et n° de téléphone d'une personne autre ou susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

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

**En cas d'urgence**, il sera fait appel au 15 (SAMU) qui prendra toutes dispositions utiles. Un élève dont l'état le nécessite est orienté et/ou 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 ses parents.**

SIGNATURE DES PARENTS OU DE L'ÉLÈVE MAJEUR:

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....

*Attention le DTPolio est obligatoire et les rappels doivent être à jour, cela conditionne l'admission définitive dans l'établissement. D'autres vaccinations peuvent par ailleurs être impératives selon la filière choisie.*

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement**  
(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

.....  
.....

**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX:**

L'élève a-t-il un traitement à prendre au lycée?       OUI                       NON

Si oui, lequel ?.....

 **Fournir OBLIGATOIREMENT une copie de l'ordonnance valable pour la durée du traitement.**

**En cas de traitement si besoin (douleur, allergie...), fournir une prescription pour l'année scolaire à l'infirmerie, ainsi que l'autorisation parentale pour les élèves mineurs (formulaire à l'infirmerie). Pour les traitements d'urgence, une boîte sera conservée au service de Santé Scolaire.**

**Sans ces documents la possession de médicaments au sein du lycée est interdite, une exclusion de l'internat peut même être envisagée en cas de manquement à ce règlement.**

**AUTORISATION DE SORTIE**  
(chez le médecin ou spécialiste)

Je soussigné(e), Mr ou Mme.....

Autorise mon fils ou ma fille.....à se rendre seul(e) avec l'accord de l'infirmerie à une visite médicale à l'extérieur du lycée si nécessaire.

**Les frais de consultation et de pharmacie sont à la charge de la famille.**

Fait à..... le.....

**Signature des parents ou du majeur:**