



Lycée François Arago
2 avenue du lycée
BP 60119
66001 Perpignan Cedex
Tel : 04.68.68.19.29 Fax 04.68.85.24.73

**FICHE D'URGENCE INFIRMERIE A L'ATTENTION DES PARENTS
ANNEE SCOLAIRE 2019-2020**

NOM :PRENOM.....

CLASSE : DATE DE NAISSANCE.....

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL.....

.....
.....
.....

En cas de maladie ou d'accident nécessitant un retour au domicile, vous serez contacté par le service « Infirmierie » **afin de venir chercher votre enfant.**

1 – N° TELEPHONE FIXE DU DOMICILE :.....

2 – N° PORTABLE Responsable1:.....

Responsable 2.....

3 – N° DU TRAVAIL Responsable1 : POSTE :

4 – N° DU TRAVAIL Responsable 2 : POSTE :

5 – N° PERSONNEL DU LYCEEN OU ETUDIANT :

6 – NOM ET N° DE TELEPHONE D'UNE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT OU DE VENIR CHERCHER L'ELEVE IMMEDIATEMENT.

.....

7- POUR LES INTERNES : NOM ET N° TELEPHONE DU CORRESPONDANT.....

.....

En cas d'urgence, après appel du SAMU (le 15), votre enfant sera orienté vers l'hôpital. Vous serez immédiatement averti par nos soins.

DATE DU DERNIER RAPPEL DU VACCIN ANTI TETANIQUE – D.T.POLIO (**JOINDRE PHOTOCOPIES**) :

.....

OBSERVATIONS PARTICULIERES QUE VOUS JEGEREZ UTILES DE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ETABLISSEMENT (REPLIR LA FICHE DE CONFIDENTIELLE CI-CONTRE.)

NOM, ADRESSE ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :.....

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FICHE A COMPLETER SI VOTRE ENFANT EST :

- ATTEINT D'UNE MALADIE POUVANT NECESSITER UNE PRISE DE MEDICAMENT PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE
- SUSCEPTIBLE DE PRENDRE UN TRAITEMENT DURANT LE TEMPS SCOLAIRE
- ATTEINT D'UN HANDICAP OU D'UNE MALADIE POUVANT NECESITER DES AMENAGEMENTS DANS LE CADRE SCOLAIRE
- ATTEINT DE TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :CLASSE :

ADRESSE :

.....

TEL PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL :

PORTABLE :

MALADIE OU HANDICAP DONT SOUFFRE VOTRE ENFANT :

.....

TRAITEMENT :

.....

AMENAGEMENTS PARTICULIERS POUR LES EXAMENS : oui non

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) : oui non

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP) : oui non

PPS /Gevasco (MDPH) : oui non

MEDECIN SPECIALISTE-CENTRE HOSPITALIER :

.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière de l'établissement pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-1356 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal,

Date :

Signature :