



Inspection académique du Rhône

## FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS

**Nom de l'établissement :** Lycée EDOUARD BRANLY  
25 rue de Tourvielle  
69322 LYON Cedex 05

**Année Scolaire :** 2018/2019

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Interne : oui :  non :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

.....

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

Veillez 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 : ..... Mail : .....

4. N° du travail de la mère : ..... Mail : .....

5. 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.

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

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique**

**Date de vaccination concernant la rougeole :** 1<sup>ère</sup> dose : / / 2<sup>ème</sup> dose : / /

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

.....

.....

PAI ..... PPS ..... Aménagement pédagogique .....

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

- **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'infirmière de l'établissement. Cette fiche annule et remplace toute fiche utilisée antérieurement.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au directeur ou au chef d'établissement sous enveloppe cachetée  
à l'attention du **médecin** et/ou de **l'infirmière scolaire**)

Fiche à compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le
- temps scolaire
- susceptible de prendre un traitement d'urgence
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements
- particuliers dans le cadre scolaire

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**TELEPHONE :**

**PORTABLE :**

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 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