

FICHE D'URGENCE ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

Non confidentielle à l'intention de l'infirmière et de la CPE

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Niveau : 2nde 1^{ère} Term..... CAP 1^{ère} année..... CAP 2^{ème} année.....

Établissement d'origine :

	Mère ou représentant légal	Père ou représentant légal	Autre personne référente à prévenir
Nom et prénom			
Adresse			
Téléphone portable			
Téléphone fixe			
Téléphone travail			

➤ **En cas d'urgence**, le lycée Roz Glas fait appel au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), chargé d'évaluer la situation et de déclencher la réponse adaptée. La famille est immédiatement prévenue. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou de la personne référente citée ci-dessus avec accord du service hospitalier.**

➤ Date du dernier rappel du vaccin DTP (Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite) :

Numéro de sécurité sociale :

Joindre impérativement une copie du carnet de vaccination

➤ Observations particulières, utiles et indispensables à la prise en charge médicale de votre enfant : existence d'une pathologie durable, antécédents familiaux, allergie alimentaire ou médicamenteuse, traitement au long cours, handicap pouvant retentir sur la scolarité, Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I), Projet d'Accueil Personnalisé (PAP), Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS), orthophoniste, suivi psychologique éducatif :

.....

Si PAP, PAI ou PPS en 2025-2026 dans un autre établissement que le lycée Roz Glas avec le souhait d'un renouvellement en 2026-2027, merci de transmettre les documents (PAP, PAI ou PPS 25-26) sous pli cacheté à l'infirmier.

➤ **Si votre enfant est susceptible de prendre un traitement sur les heures de lycée merci de nous faire parvenir ce traitement ainsi que l'ordonnance datant de moins d'un an.**

➤ Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant

.....

Vu et pris connaissance,

Date :

Signature du représentant légal :