

Lycée Théodore Aubanel

Fiche d'urgence des **ELEVES INTERNES** Année scolaire 2020/2021

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.

Joindre les photocopies de toutes les vaccinations lors de la première inscription

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du père : N° de portable :

3. N° du travail de la mère : N° de portable :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Suivi particulier dans le cadre d'un :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé avec protocole d'urgence ou prescription médicale) oui non

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé avec aménagements pédagogiques) oui non

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation, en lien avec la MDPH) oui non

Autre (Orthophoniste, CMPP...) oui non

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (le cas échéant, fournir une copie des documents et prendre contact avec l'infirmière) :

Tournez la page SVP

Tél (standard) : 04.90.16.36.00

Tél (infirmierie) : 04.90.16.36.10

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

Problèmes de santé à signaler obligatoirement

Si vous répondez oui à l'une de ces rubriques, prendre contact avec l'infirmière dès la rentrée.

Pathologie		Traitement médicamenteux à préciser
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser lesquelles :	
Allergies autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser lesquelles :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres		

Votre enfant est-il : Fumeur Non fumeur

Vous devez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité