ACADÉMIE
DE STRASBOURG
Liberté
Égalité
Fraternité

Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves

FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 2023/2024

(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.)

Réf. : B.O. Hors série N°1 du 6 janvier 2000

Lycée Henri Meck
10, rue Henri Meck
67120 MOLSHEIM
Téléphone : 03-88-49-44-88
Mail : ce.0670041f@ac-strasbourg.fr

Nom : _____ Classe : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : _____

N° de sécurité sociale de rattachement de l'élève : _ /_ _ /_ _ /_ _ /_ _ _ /_ _ _ / clé : _ _

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone

	Responsable légal 1	***Responsable légal 2***	***Autres***
Nom et Prénom			
Adresse			
N° de téléphone du domicile			
N° de téléphone portable			
N° de téléphone du travail			
Adresse mail			

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

_____ ☎ | | | | | | | | | | |

N° et adresse de l'assurance scolaire :

_____

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 le plus rapidement possible avertie par nos soins.

Un élève mineur ne pourra être pris en charge et/ou sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

_____

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

_____

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

_____

Il est souhaitable de signaler toute modification de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire (au médecin scolaire et/ou l'infirmier-ère scolaire)

Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.

Demande ou renouvellement de P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) **OUI** ☐ **NON** ☐

A ..... Le	
Signature obligatoire du ou des responsables légaux ou de l'élève majeur	