



FICHE D'URGENCE ET DE SANTÉ

Année scolaire 2023-2024

Une copie de ce document **non confidentiel** suivra l'élève / l'étudiant(e) aux services des urgences de l'hôpital en cas d'accident ou de maladie et lors de déplacements hors de l'établissement (voyages, sorties,...)

INFORMATIONS :

Nom :	<input type="text"/>	Genre : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom :	<input type="text"/>	
Date de naissance :	<input type="text"/>	Lieu : <input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>	
Régime :	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire	
Adresse :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
☎ Portable de l'élève / l'étudiant(e) :	<input type="text"/>	
Date du dernier rappel vaccin Antitétanique (DT COQ-POLIO) :	<input type="text"/>	
Nom et adresse du médecin traitant :	<input type="text"/>	☎ : <input type="text"/>

PERSONNES A PRÉVENIR :

NOM :	<input type="text"/>	NOM :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
☎ Domicile :	<input type="text"/>	☎ Domicile :	<input type="text"/>
☎ Travail :	<input type="text"/>	☎ Travail :	<input type="text"/>
☎ Portable :	<input type="text"/>	☎ Portable :	<input type="text"/>
@ courriel :	<input type="text"/>	@ courriel :	<input type="text"/>

Numéro assuré social du responsable légal ou de l'élève (+ de 16 ans)	Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mutualité Sociale Agricole	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse complémentaire santé	Nom de la caisse ou de la mutuelle	<input type="text"/>							
	N° d'immatriculation ou du contrat	<input type="text"/>							
Responsabilité civile	Nom de l'assurance	<input type="text"/>							

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.



« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

Tous éléments que vous souhaitez garder confidentiels peuvent être transmis par pli fermé à l'infirmière de l'établissement. Néanmoins, celle-ci ne peut pas garantir la transmission, le cas échéant, aux professionnels de santé qui prendront en soin votre enfant.

Observations particulières que vous jugez utiles de signaler :
<input type="checkbox"/> Allergies (alimentaire, médicamenteuse, respiratoire,...) :
<input type="checkbox"/> Troubles (humeur, TDAH, Dys, conduites addictives,...) :
<input type="checkbox"/> Pathologie / handicap :
<input type="checkbox"/> Traitement(s) (même occasionnel(s)) :
<input type="checkbox"/> Précautions à prendre :
<input type="checkbox"/> Antécédents médicaux ou chirurgicaux :
<input type="checkbox"/> Suivis par médecin spécialiste :
<input type="checkbox"/> Autres :

Contacts LEGTA du Morvan

Établissement : 03.86.79.49.80 avec transfert automatique aux numéros d'astreintes à partir de 17 h 45
Infirmière : 03.86.79.47.22 ou 06.17.47.61.51

NOM - prénom

Signature représentants légaux
ou élève / étudiant(e) majeur(e)

Le

NOM – prénom

Signature élève mineur

Le