Camille Claudel | Vauréal
Lycée des métiers des Arts et du Design

Fiche d'urgence et de sécurité
2023 / 2024

NOM :	**Prénom : .....**
Date de naissance : ...../...../..... Classe :	
Etablissement d'origine (pour l'élève arrivant) **: .....**	

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.

	Responsable légal 1 □ Père □Mère □ Autre :	**Responsable légal 2** □ Père □Mère □ Autre : .....
NOM - Prénom		
Adresse		
Lieu de travail		
Tél. domicile		
Portable		
Téléphone travail		

N° de sécurité sociale		
N° de mutuelle		

<u>Personnes susceptibles de prendre votre enfant en charge si l'on ne peut pas vous joindre</u>

	Autre personne à joindre 1	**Autre personne à joindre 2**
NOM - Prénom		
Téléphone		
Parenté :		

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 après appel au SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....
.
.....
.

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

.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.

Si votre enfant avait un <u>Plan d'accompagnement personnalisé (PAI)</u> l'année dernière ou s'il a un problème de santé important, merci de bien vouloir prendre contact avec l'infirmier(e) de l'établissement sans délais.
Si votre enfant avait un <u>Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)</u> l'année dernière merci d'en avertir son professeur principal dès la rentrée scolaire.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame .....
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À le

Signature des parents

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.