

FICHE D'URGENCE et D'INFIRMERIE

| | | | |
|---------|----|--------|---|
| Année | | Classe | |
| Qualité | | | |
| P | PE | DP | E |

NOM : Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Etablissement (avec l'adresse complète) et classe fréquentée l'année précédente :

Adresse de l'étudiant pendant la semaine :

N° tél. portable de l'étudiant : Mél :

| RENSEIGNEMENTS MEDICAUX | |
|--|---|
| vous pouvez joindre dans une enveloppe tout document pouvant être utile à un médecin devant soigner l'étudiant | |
| Nom et adresse du médecin traitant : Tél. : | |
| Antécédents médicaux : | Antécédents chirurgicaux : |
| Traitements en cours : | Allergies : |
| Contre-indications : | Etat de santé de l'étudiant (ex. : asthme, épilepsie, diabète...) : |
| Remarques particulières : | Vaccinations DT polio dernier rappel : R.O.R. 1 ^{ère} injection : Rappel : |

| Père (responsable) (préciser si divorcés, décédé(e) et responsable) | | Mère (responsable) | |
|---|-----------------|--------------------|-----------------|
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Tél. domicile : | Tél. portable : | Tél. domicile : | Tél. portable : |
| Tél. travail : | | Tél. travail : | |
| Mél : | | Mél : | |
| Profession : | | Profession : | |
| Personne susceptible de vous prévenir rapidement | | | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | | |
| Tél. domicile : | | Tél. portable : | |
| Tél. travail : | | Mél : | |

POUR LES MINEURS A REMPLIR ET A SIGNER OBLIGATOIREMENT

En cas d'urgence ou sur avis médical, l'étudiant sera évacué sur le Centre Universitaire de Poitiers ou l'établissement de soins le plus approprié (un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec sa famille).

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur _____, responsables légaux de l'étudiant _____, autorisons toute opération chirurgicale, anesthésie, photographie, soins ou investigations jugés nécessaires pour l'étudiant susnommé.

Signatures des responsables légaux

Fait à _____, le _____ Père _____ Mère _____ Tuteur _____