



**FICHE
D'URGENCE ET
D'INFIRMERIE
(NON CONFIDENTIELLE)**

CPGE							
1 ^{ère} année	MPSI		PCSI		BCPST 1	ECS 1	Hypokhâgne
2 ^{ème} année	MP	MP*	PSI*	PC*	BCPST 2	ECS 2	Khâgne Lyon
REGIME							
Interne		Demi-pensionnaire			Externe	Interne-externé	

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 :**

N° de Sécurité Sociale de l'étudiant :

Adresse du centre de Sécurité Sociale :

N° de mutuelle :

Nom et adresse de la mutuelle :

.....

RESPONSABLE LEGAL 1
(merci de préciser si séparés ou divorcés quand les responsables sont les parents)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile : **Tél. portable :**

Tél. travail :

Mél :

Profession :

RESPONSABLE LEGAL 2
(merci de préciser si séparés ou divorcés quand les responsables sont les parents)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile : **Tél. portable :**

Tél. travail :

Mél :

Profession :

POUR LES MINEURS
personne majeure qui pourrait prendre rapidement en charge votre enfant s'il est malade ou blessé

Nom :

Prénom : **Lien de parenté :**

Adresse :

.....

Tél. domicile : **Tél. portable :**

Tél. travail :

T.S.V.P.

Nombre de frères et sœurs :

Garçon(s) :

Fille(s) :

INFORMATIONS NON CONFIDENTIELLES

Si vous voulez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire, sous enveloppe, à l'attention de l'infirmière et/ou du médecin de l'éducation nationale ou des services d'urgence

Nom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

Tél. :

Etat de santé de l'étudiant (ex. : asthme, épilepsie, diabète...) :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Traitements en cours :

Allergies :

Contre-indications :

VACCINATIONS

DT polio

(Revaxis®/Infanrix Tetra®/Tétravac-acellulaire®/Boostrixtetra®/Repevax®/Pentavac®/InfanrixQuinta®/InfanrixHexa®/Hexyon®)

dernier rappel :

R.O.R.

(Pirorix®/M-M-RVaxPro®)

1^{ère} injection :

Rappel(s) :

ETUDIANTS A BESOINS PARTICULIERS
votre enfant bénéficiait-il en 2018-2019 d'un :

PAI OUI NON

PAP OUI NON

PPS OUI NON

Pour les nouveaux élèves si OUI nous fournir une photocopie du document

POUR LES MINEURS A REMPLIR ET A SIGNER OBLIGATOIREMENT

**En cas d'urgence ou sur avis médical, l'étudiant sera évacué sur le Centre Hospitalier 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 jugées nécessaires pour l'étudiant susnommé.

Fait à , le

Signature des responsables légaux

Père

Tuteur

Mère