

# FICHE D'URGENCE

Photo

Année scolaire : 2023-2024 Classe : \_\_\_\_\_ Interne : oui / non

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation Sécurité Sociale de l'élève ou de l'assuré dont il dépend :

**Merci de joindre une copie de l'attestation**

LYCEE RACAN

\_\_\_\_\_

09 avenue du Mans  
BP 80165  
CHATEAU DU LOIR  
72 500 MONTVAL SUR LOIR

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ 📞 PORTABLE DE L'ELEVE: \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL : \_\_\_\_\_

☎. 02 43 44 02 50  
☎. 02 43 44 91 44

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE 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:

1 📞 DU DOMICILE : \_\_\_\_\_

2 📞 DU REPRESENTANT LEGAL 1 : \_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ELEVE : \_\_\_\_\_

3 📞 DU REPRESENTANT LEGAL 2 : \_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ELEVE : \_\_\_\_\_

4 NOM ET N° DE TELEPHONE D'UNE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT :

\_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ELEVE : \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

**Merci de joindre une copie de la partie vaccination du carnet de santé avec le nom de l'élève.**

(Nouveau schéma vaccinal: 2, 4, 11 mois ; 6 ans ; 11/13 ans et 25 ans).

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

.....  
.....

PAI (projet d'accueil individualisé) l'année précédente :  oui  non

Autre aménagement spécifique : PAP, PPS...  oui  non

Si oui, pour quel motif :

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

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU,...) vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

**Le transfert à la sortie de l'hôpital est à la charge de la famille.**

Pour les cas les moins urgents, la famille qui ne pourrait pas se déplacer autorise le transfert et accepte le principe que les frais de transport A et R vers une structure de soins puissent être à sa charge.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des Parents

\* Document non confidentiel (à remplir par les familles). Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles à l'intention des infirmières ou du médecin, vous pouvez le faire sous enveloppe.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier/ l'instruction de votre demande/... . Une notice d'information sur le traitement est disponible au secrétariat du service, lien internet .... Conformément au règlement général européen sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'information d'accès, de rectification et d'effacement de limitation et d'opposition au traitement de vos données (cf cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits) Pour exercer ces droits ou pour toute question concernant le traitement de vos données personnelles vous pouvez contacter le délégué à la Protection des données, par voie postale : "Monsieur le délégué à la protection des données, Rectorat de l'académie de Nantes, 4 chemin de la Houssinière, 4472616 NANTES CEDEX 3" ou par voie électronique : Page "Nous écrire" du site de l'académie de Nantes (<https://www.ac-nantes.fr/academie/services-academiques/nous-ecrire/nous-ecrire-602410.kjsp>)