

## FICHE MÉDICALE D'URGENCE

**Année scolaire 2026-2027**

**NOM de l'élève :**

**Prénom :**

Sexe : F  M

**Date de naissance :**

/ /

Régime : DP  Externe  Interne  (Post Bac)

Classe 2026-2027 :

Tél élève :

Mail élève :

Classe et établissement fréquenté en 2025-2026 :

**RESPONSABLES LÉGAUX :** (contacts préférentiels) Personnes autorisées à venir récupérer l'élève si besoin :

	Tel portable	Tel domicile	Tel travail
PÈRE :			
MÈRE :			
AUTRE PERSONNE (Préciser nom et lien)			

Dans le cadre d'un placement et/ou suivi pour le jeune : Nom du référent ASE et coordonnées :

**INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTÉ :**

Nom du médecin traitant :

Tel :

VACCINATIONS ; Date du **dernier vaccin antitétanique** (DTP):

- Votre enfant a t'il des problèmes de santé ? OUI  NON

- Avait il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) l'an passé ? OUI  NON

- Bénéficie t'il d'un suivi extérieur actuellement (Psychologique, ergo ou autre) ? OUI  NON

Si oui lequel, depuis ? Périodicité :

- Bénéficiait il d'aménagements scolaires l'an passé ? OUI  NON

Dans le cadre d'un PAP (joindre l'ancien)

ou PPS (MDPH) (joindre la photocopie de notification)

- A t'il bénéficié d'aménagements aux examens précédents ? OUI  NON

(joindre la photocopie de notification)

**Si au moins une des réponses est OUI et que vous souhaitez transmettre des informations médicales confidentielles, vous pouvez le faire sous pli cacheté à l'attention du service de l'infirmerie du lycée en renseignant le document ci après.**

**RAPPEL :** Tout médicament entrant au lycée doit être accompagné d'une ordonnance.

**EN CAS D'URGENCE**, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Si besoin l'élève est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté à sa problématique. La famille est avertie dès que possible par un membre de l'établissement. Un élève mineur ne pourra sortir de l'hôpital que s'il est accompagné d'un membre de sa famille. Les frais occasionnés de consultation, transport et pharmacie sont à la charge de la famille.

Vu et pris connaissance le :

Nom et signature du représentant :

**Fiche à compléter et transmettre sous pli cacheté, à l'attention de l'infirmière de l'éducation nationale du lycée,**

si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- susceptible de prendre un traitement d'urgence.
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- si vous souhaitez informer de tout problème et/ou suivi de santé, antérieur ou actuel de votre enfant.

Nom – Prénom de l'élève :

Date de naissance :     /     /

Classe 2026-2027 :

- Maladie dont souffre votre enfant :
- Traitement en cours :
- Médecin prescripteur :
- Observations particulières que vous jugerez utiles à porter connaissance à l'établissement :

• Allergie connue :

• Suivi extérieur en cours :

- Si PAI l'an passé, souhaitez vous la mise en place (pour nouvelle arrivée sur le lycée) ou son renouvellement ?

OUI

NON

Documents PAI :



- Souhaitez vous que des informations soient communiquées à l'équipe éducative si besoin ?

OUI

NON

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière de l'éducation nationale de l'établissement pour établir avec vous, si nécessaire un PAI, conformément à la circulaire n° 2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance le :

Nom et signature du représentant :