



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Lycée Pierre Bayen
Châlons-en-Champagne

Fiche d'urgence

Année scolaire 2024 - 2025

Nom : Prénom :

Classe ou Niveau : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

N° de sécurité sociale et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° de contrat d'assurance scolaire et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

	NOM et Prénom	N° de téléphone
Responsable légal 1		
Responsable légal 2		
Autre		

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

Cas particulier pour les internes : retour d'un élève interne sortant des urgences en journée et pendant les heures de cours.

Si l'état de santé de l'élève lui permet de reprendre les cours et dans le cas où ses parents ou la famille d'accueil ne pourraient pas se déplacer, un taxi serait mandaté par l'établissement. Les frais de transport en taxi seront à la charge de la famille.

Cas particulier pour les internes : retour d'un élève interne en dehors des heures de cours.

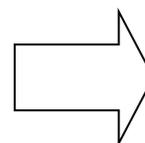
Si l'état de santé de l'interne permet une sortie des urgences en cours de soirée ou dans la nuit, charge aux parents ou à la famille d'accueil de se rendre aux urgences (voire d'amener l'interne aux urgences si les secours ne se déplacent pas).

Nous, soussignés,, autorisons Monsieur ou Madame à venir chercher notre enfant à l'hôpital ou à l'internat pour se rendre aux urgences.

À

le

Signature des parents



AUTORISATION DE SOINS

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons les soins de notre
fils/fille

À le

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il bénéficié, durant ses études précédentes, d'un aménagement particulier ? oui non

Si oui, merci de préciser lequel et de fournir le document :

- PAI *Projet d'accueil individualisé* PAP *Plan d'Accompagnement Personnalisé*
- PPS *Projet Personnalisé de Scolarisation ou Geva-Sco (élève relevant de la MDPH)*

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

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

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