



LYCEE VICTOR HUGO
4, rue du Général
Lemonnier
53200 CHATEAU-GONTIER-
SUR MAYENNE

Téléphone : 02.43.07.11.00.
Mél. : lvh@ac-nantes.fr

FICHE D'URGENCE
Document non confidentiel à remplir par les familles

- SECONDE
- PREMIÈRE
- TERMINALE
- BTS

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière

Nom de l'élève : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... **Départ. et Lieu :**

Nom de famille des parents (ou du représentant légal) :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

N° et Adresse du Centre de Sécurité 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, veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone (nous prévenir en cas de modification en cours d'année)

N° de téléphone du domicile :/...../...../...../..... **Portable :**/...../...../...../.....

N° du travail du père :/...../...../...../..... **Poste :**

N° du travail de la mère :/...../...../...../..... **Poste :**

NOM d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

N° de téléphone :/...../...../...../..... **Portable :**/...../...../...../.....

EN CAS D'URGENCE

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

DATÉ DU DERNIER RAPPEL DE VACCIN ANTITETANIQUE

Cette vaccination nécessite une injection à 2 et 4 mois, un rappel à 11 mois, à 6 ans puis entre 11 et 13 ans)

AGRAFEZ LES PHOTOCOPIES DE TOUTES LES VACCINATIONS AU DOS DE CETTE FICHE

(Pour les élèves de Seconde et les nouveaux élèves de Première et Terminale.)

Si votre enfant n'est pas vacciné pour une raison quelconque, vous devez en avvertir le médecin scolaire ou l'infirmière.

Nom du médecin traitant :

Adresse :

N° de téléphone :/...../...../...../.....

Autorisation de sorties pour soins

Autorisez-vous votre enfant à se rendre, accompagné de l'infirmière (s'il est mineur), à l'hôpital, au Centre Médico-Psychologique, au Centre de Planification... si son état le permet : OUI NON

Fait à, le/...../..... Signature du représentant légal