

	<b>Lycée Nelson MANDELA</b> 8 rue Julien Pranville 91154 Etampes CEDEX	<b>Académie de Versailles</b>  RNE établissement : 0911401D Année 2023/2024
---	--	--

## FICHE D'URGENCE

Document Non Confidentiel (à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire)

### Identité de l'élève

NOM : .....  Prénom : .....	Sexe :            Féminin / Masculin  Nationalité .....  Né (e) le ...../...../.....  à .....
---	---

### Scolarité de l'année en cours (2023/2024)

Classe :	Demi-Pensionnaire / Externe
----------	-----------------------------

### Scolarité de l'année précédente (2022/2023)

Établissement .....	Classe .....
---------------------	--------------

### Responsable légal 1 – Père / Mère / Tuteur

NOM ..... Prénom.....	Tél domicile :  Tél portable :
Adresse .....  Profession .....	Tél Travail :

### Responsable légal 2 – Père / Mère / Tuteur

NOM ..... Prénom.....	Tél domicile :  Tél portable :
Adresse .....  Profession .....	Tél Travail :

### Autre personne à contacter d'urgence si vous n'étiez pas joignable (s)

NOM ..... Prénom .....	Tél .....
------------------------	-----------

### Autres Renseignements :

**N° de Sécurité Sociale de l'Elève** (à récupérer auprès de votre organisme de sécurité social)

--	--	--	--	--	--	--	--

**N° de sécurité Sociale du parent qui couvre l'élève**

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et adresse de l'organisme (CPAM, MSA, ....).....

### Joindre une attestation de droit à l'assurance maladie

N° de Police d'assurance ou de responsabilité civile .....

Nom et adresse de l'assurance .....

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté ou 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 d'un responsable légal (Famille / Tuteur ...).

### Dans son intérêt et à la demande du Centre 15,

Pouvez-vous nous dire :

- Si l'élève est allergique Oui / Non Si Oui, à quoi ?.....
- Date du dernier rappel antitétanique : ..... (joindre une copie du carnet de vaccination)
- Son groupe sanguin .....

○ **Votre enfant présente-t-il un problème de santé ?** Oui / Non

Si oui, cela nécessite-t-il des soins sur le temps scolaire ? Oui / Non

Souhaitez-vous reconduire ou mettre en place un PAI (Plan d'accueil individualisé) en 2023 / 2024 ? Oui / Non

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

○ **Votre enfant a-t-il bénéficié de :**

- **PAP** (Plan d'accompagnement Personnalisé) : Oui / Non
- **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation, merci de fournir la notification MDPH) : Oui / Non
- D'aménagements pour examen (DNB, CAP ou BEP) ? Oui / Non

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

Signatures des responsables légaux :

Père	Mère	Tuteur	Elève
------	------	--------	-------