LYCÉE PAPE CLÉMENT 2025-2026

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

NOM de l'Élève : …… Prénom : ……

Classe :…… Date de Naissance : ……

Nom-Prénom du Représentant Légal 1 : ……Téléphone : ……

Adresse : ……

Nom-Prénom du Représentant Légal 2 : …… Téléphone :. ……

Adresse : ……

N° et Adresse du Centre de Sécurité Sociale :……

N° et Adresse de l'Assurance Scolaire : ……

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

AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné ,…… Responsable légal de l'élève……

autorise la Direction du Lycée Pape Clément et l'infirmier (e) à prendre toutes les mesures nécessitées par l'état de santé de mon enfant (soins).

Le ,……

Date du dernier rappel de vaccin DT-POLIO:……

Nom du Médecin Traitant :…… Téléphone : ……

Si votre enfant bénéficiait auparavant d'un dispositif d'aménagement de sa scolarité, **Veuillez fournir une photocopie** du **dispositif** ou **aménagement** déjà **existant aux coordonnées suivantes :**

- PAI ET/OU PPS : infirmerie.0332722e@ac-bordeaux.fr
- PPRE OU PAP OU AMÉNAGEMENTS EXAMENS : secscol.0332722e@ac-bordeaux.fr

** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*