



Photo  
récente  
à  
coller

# Lycée Jeanne d'Albret

**FICHE D'URGENCE INFIRMERIE 2025 - 2026 à rendre lors de l'inscription**

*Document non confidentiel, à remplir par les parents en début d'année scolaire.*

***Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.***

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**Date de naissance :** ..... **Classe :** .....

**Nom et adresse des parents ou du représentant légal :** .....

N° de sécurité sociale :     /    /    /    /    /    /    /    /    /    /    /    /    /    /    /

**En cas d'urgence :**

1. 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.
2. Si un parent ne peut pas venir chercher son enfant et que celui-ci est transporté vers l'hôpital pour une raison ne nécessitant pas un véhicule de soins d'urgence, la facture de l'ambulance sera à la charge de la famille. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un parent.

| Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence |          |                              |                              |                  |
|--------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------------|------------------|
|                                                        |          | Lien avec l'élève :<br>..... | Lien avec l'élève :<br>..... | Autre (précisez) |
| ☎                                                      | Domicile |                              |                              |                  |
|                                                        | Portable |                              |                              |                  |
|                                                        | Travail  |                              |                              |                  |
| @ Adresse E-mail                                       |          |                              |                              |                  |

**Date du dernier rappel pour le vaccin antitétanique : .....**

**Nom du médecin traitant :** ..... **Tél :** .....

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement.  
(Allergies, traitement en cours...) problème de santé avec : ☐ **PAI**    ☐ **PPS**

Date :

**Signature :**