



**FICHE  
D'URGENCE ET  
D'INFIRMERIE  
(NON CONFIDENTIELLE)**

CPGE							
1 <sup>ère</sup> année	MPSI		PCSI		BCPST 1	ECS 1	Hypokhâgne
2 <sup>ème</sup> année	MP	MP*	PSI*	PC*	BCPST 2	ECS 2	Khâgne Lyon
REGIME							
Interne		Demi-pensionnaire			Externe	Interne-externé	

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Etablissement (avec l'adresse complète) et classe fréquentée l'année précédente :** .....

**Adresse de l'étudiant pendant la semaine :** .....

**N° tél. portable de l'étudiant :** ..... **Mél :** .....

**N° de Sécurité Sociale de l'étudiant :** .....

**Adresse du centre de Sécurité Sociale :** .....

**N° de mutuelle :** .....

**Nom et adresse de la mutuelle :** .....

**RESPONSABLE LEGAL 1**

*(merci de préciser si séparés ou divorcés quand les responsables sont les parents)*

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....

**Tél. travail :** .....

**Mél :** .....

**Profession :** .....

**RESPONSABLE LEGAL 2**

*(merci de préciser si séparés ou divorcés quand les responsables sont les parents)*

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....

**Tél. travail :** .....

**Mél :** .....

**Profession :** .....

**POUR LES MINEURS**

**personne majeure qui pourrait prendre rapidement en charge votre enfant s'il est malade ou blessé**

**Nom :** .....

**Prénom :** ..... **Lien de parenté :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....

**Tél. travail :** .....

**T.S.V.P.**

Nombre de frères et sœurs :

Garçon(s) :

Fille(s) :

**INFORMATIONS NON CONFIDENTIELLES**

Si vous voulez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire, sous enveloppe, à l'attention de l'infirmière et/ou du médecin de l'éducation nationale ou des services d'urgence

Nom du médecin traitant : .....

Adresse du médecin traitant : .....

Tél. : .....

Etat de santé de l'étudiant (ex. : asthme, épilepsie, diabète...) :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

Traitements en cours :

Allergies :

Contre-indications :

**VACCINATIONS**

**DT polio**

*(Revaxis®/Infanrix Tetra®/Tétravac-acellulaire®/BoostrixTetra®/Repevax®/Pentavac®/InfanrixQuinta®/InfanrixHexa®/Hexyon®)*

dernier rappel :

**R.O.R.**

*(Pirorix®/M-M-RVaxPro®)*

1<sup>ère</sup> injection :

Rappel(s) :

**ETUDIANTS A BESOINS PARTICULIERS**  
votre enfant bénéficiait-il en 2019-2020 d'un :

PAI  OUI  NON

PAP  OUI  NON

PPS  OUI  NON

**Pour les nouveaux élèves si OUI nous fournir une photocopie du document**

**POUR LES MINEURS A REMPLIR ET A SIGNER OBLIGATOIREMENT**

**En cas d'urgence ou sur avis médical, l'étudiant sera évacué sur le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers ou l'établissement de soins le plus approprié**  
**un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec sa famille**

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur.....,  
responsables légaux de l'étudiant .....  
autorisons toute opération chirurgicale, anesthésie, photographie, soins ou investigations jugées nécessaires pour l'étudiant susnommé.

Fait à , le

**Signature des responsables légaux**

**Père**

**Tuteur**

**Mère**