



**FICHE  
D'URGENCE ET  
D'INFIRMERIE  
2021-2022  
(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**

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

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél. travail : .....

Mél : .....

**RESPONSABLE LEGAL**

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

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél. travail : .....

Mél : .....

**POUR LES MINEURS**

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

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél. travail : .....

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

**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®*)

**COVID-19**

1<sup>ère</sup> injection :

Rappel(s) :

1<sup>ère</sup> injection :

Rappel :

**ETUDIANTS A BESOINS PARTICULIERS**  
votre enfant bénéficiait-il dans le secondaire d'un :

**PAI**  OUI  NON

**PAP**  OUI  NON

**PPS**  OUI  NON

Pour les nouveaux étudiants 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**