



**FICHE
D'URGENCE ET
D'INFIRMERIE
2023-2024
(NON CONFIDENTIELLE)**

CPGE et PPPE								
1 ^{ère} année	MPSI		MPII		PCSI	BCPST 1	HK	PPPE 1
2 ^{ème} année	MP/ MP*	MPI/ MPI*	PC/ PC*	PSI/ PSI*	BCPST 2	Khâgne Lyon	PPPE 2	
REGIME								
Interne		Demi-pensionnaire		Interne-externé		Externe		

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®)

1^{ère} injection :

Rappel(s) :

ETUDIANTS A BESOINS PARTICULIERS

Bénéficiez-vous 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