



## FICHE D'URGENCE À CARACTÈRE MÉDICAL

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

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

### IDENTIFICATION ÉLÈVE OU ÉTUDIANT

**Nom de l'établissement :**

LPO Nord Grande-Terre de PORT-LOUIS

**Année scolaire :**

2025 - 2026

**Nom de l'élève ou étudiant(e) :**

**Prénom :**

**Classe :**

**Date de naissance :**

**N° sécurité sociale :**

**Identification Assurance Scolaire et N° client/adhérent :**

### IDENTIFICATION RESPONSABLE OU PERSONNE DE CONFIANCE

**Nom et adresse du(des) représentant(s) légal(aux) ou d'une personne de confiance :**

**En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro de téléphone** :**

1. N° de téléphone portable de la mère :

N° de téléphone domicile de la mère :

2. N° de téléphone portable du père :

N° de téléphone domicile du père :

3. N° de téléphone portable Personne de confiance :

N° de téléphone domicile Personne de confiance :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ou de vous représenter :

**En cas d'urgence, la famille est immédiatement avertie par nos soins. L'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.**

*Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un responsable légal.*

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame .....  
responsable(s) légal(aux), autorise (ons) l'anesthésie de .....  
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une  
intervention chirurgicale.

À ....., le .....

Signature Responsable(s) légal(aux)

Signature Elève ou Etudiant majeur(e)

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....  
(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

### PRÉCAUTIONS MÉDICALES PARTICULIÈRES

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies,  
traitement en cours, précautions particulières à prendre ...) .....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**

### Questionnaire à remplir pour faciliter la prise en charge en milieu scolaire

QUESTIONS	OUI	NON
Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un psychologue ?		
Votre enfant a-t-il déjà été suivi par un orthophoniste ?		
Votre enfant est-il diagnostiqué Dys ou Multi-Dys ?		
Votre enfant a-t-il un handicap ?		
Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?		
Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnant (AESH) ?		
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour un examen ?		
Votre enfant relève-t-il du dispositif ULIS ?		

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

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