

FICHE D'URGENCE POUR LES ÉTUDIANTS* Année Scolaire 2024 / 2025

NOM	Prénom	Classe
Date de naissance : ///	/ Lieu :	
Nom et adresse de l'étudiant		
N° de Sécurité Sociale de l'étudiant :		
En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prapides.	révenir la personne de conf	fiance de votre choix par les moyens les plus
Coordonnées de la personne de confiance :		
AUTORISATION D'INTERVENTION CI	HIRURGICALE	
	ou d'une maladie aiguë à év bir une intervention chirurg	volution rapide même lors d'un stage ou gicale.
Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un Nom et adresse du médecin traitant habituel	n rappel tous les 10 ans)	
Observations particulières que vous jugerez utile asthme, diabète, allergie, interventions chirurgio PAP, PPRE)		
Traitement médical en cours (indiquer le nom gén	nérique des médicaments, d	late de prescription, durée, posologie)

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** cf. BO n° 1 – 6 janvier 2000 – HORS – SERIE-

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