



## FICHE D'URGENCE

### Dossier Etudiant

**Année scolaire 2022/2023**

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

LYCEE POLYVALENT REGIONAL  
CAMILLE SEE  
42 avenue de l'Europe  
68025 COLMAR CEDEX  
Tél. 03 89 22 25 00  
ce.0680008P@ac-strasbourg.fr

Mission de Promotion de  
la Santé en Faveur des  
Elèves

Réf : B.O. Hors Série N°1 du 06 janvier 2000

NOM :	Date de naissance :
PRENOM :	Section :

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

	Référent à contacter	Référent à contacter
Lien de parenté		
Nom Prénom		
Adresse		
Code postal - Commune		
N° de téléphone du domicile		
N° du portable		
N° du travail		

En cas d'urgence, un étudiant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un étudiant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

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

**Si votre état de santé nécessite un suivi particulier que vous jugez nécessaire de porter à la connaissance du service santé de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) merci de transmettre ces informations personnelles et confidentielles, sous enveloppe fermée, à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.**

Si votre état de santé nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un **protocole d'urgence** ainsi qu'une **ordonnance pour les traitements concernés**.

**Enveloppe confidentielle remise :**

Oui

Non

À ..... le, .....

Signature de l'étudiant

(Merci de mettre une croix  
dans la case concernée)