Lycée TOUCHARD WASHINGTON	**SERVICE INFIRMERIE** ☎: 02.43.50.16.43	**URGENCE et Demande de transmission de dossier médical**	**Rentrée 2021**

Classe : **Interne :** ☐ oui / ☐ non **☎PORTABLE DE L'ÉLÈVE:**

NOM : **PRÉNOM :** **NÉ(E) LE :**

N° d'immatriculation Sécurité Sociale de l'élève ou de l'assuré dont il dépend : *Joindre une copie de l'attestation* ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL **:**

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE **:**

N° ET ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE **:**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides :

1 ☎ DU DOMICILE : .....

2 ☎ DU REPRÉSENTANT LÉGAL : .....LIEN AVEC L'ÉLÈVE : MÈRE ☐ PÈRE ☐ AUTRE ☐

3 ☎ DU REPRÉSENTANT LÉGAL : .....LIEN AVEC L'ÉLÈVE : MÈRE ☐ PÈRE ☐ AUTRE ☐

4 ☎ PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT : ..... LIEN AVEC L'ÉLÈVE : .....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... Schéma vaccinal: 2, 4, 11 mois ; 6 ans ; 11/13 ans et 25 ans	Joindre une copie de la partie vaccination du carnet de santé avec le nom de l'élève.

Observations particulières (Maladies, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) *Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles à l'intention des infirmières, vous pouvez le faire sous enveloppe.*

PAI 2020-2021: ☐ oui ☐ non **Autre aménagement spécifique : PAP, PPS…**☐ oui ☐ non. **Si oui, pour quel motif :**

NOM, adresse et ☎du médecin traitant : .....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU,…) vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Le transfert à la sortie de l'hôpital est à la charge de la famille. Pour les cas les moins urgents, la famille qui ne pourrait pas se déplacer autorise le transfert et accepte le principe que les frais de transport A et R vers une structure de soins puissent être à sa charge.

A , le Signature des Parents

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE Service de Promotion de la Santé en Faveur des élèves

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL année scolaire 2021-2022

Uniquement pour les nouveaux arrivants dans le lycée.

Nom de l'élève : ..... Prénoms : ..... Né(e) le : .....A :

Établissement où est inscrit l'élève	**Établissement d'où vient l'élève**
Lycée Polyvalent TOUCHARD-	Nom
8 Place Washington - LE MANS 72000	Adresse
En classe de	Commune : CP :

Date de la réponse : .....
Dossier : ☐ complet ☐ incomplet ☐ non retrouvé ☐ élève non inscrit à l'école indiquée ☐
autre raison :