Léonard de Vinci
Lycée des Métiers de la construction écologique, durable et innovante - Montpellier

FICHE D'URGENCE
A compléter par les familles*

Nom de l'établissement : Lycée des Métiers Léonard de Vinci **Année scolaire :** 2026/2027

Nom : ..... **Prénom :** .....

Classe : ..... **Date de naissance :** .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

N° de Sécurité Sociale de l'élève : .....
Adresse du centre de Sécurité Sociale : .....
.....

Nom et adresse de l'assurance scolaire : .....
N° Adhérent : .....

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 du domicile et/ou de mobile : .....

2 / N° du travail du père ou du représentant légal : .....

3 / N° du travail de la mère ou du représentant légal : .....

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

En cas d'accident léger ou maladie légère, à l'appréciation de l'infirmière, les parents devront venir chercher leur enfant.
En cas d'urgence, un élève 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 élève mineur ne peut sortir de l'hôpital accompagné uniquement de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....
(Joindre page de vaccination du carnet de santé (en français) ou certificat médical d'un médecin attestant que le vaccin est à jour).

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

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

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles 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 l'infirmière de l'établissement.

Date

Signature du ou des représentants légaux