

FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2024 - 2025

ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Classe : _____

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

Numéro de sécurité sociale propre à **L'ÉLÈVE** : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
(Si l'élève n'a pas de numéro : éditer l'attestation de droits ⇒ ameli.fr)

En cas d'accident, l'établissement ou les secours s'efforcent de vous prévenir le plus rapidement possible.
Pour ce faire, veuillez préciser les numéros de téléphone suivants :

RESPONSABLES - Noms et adresses

_____	_____
_____	_____
_____	_____
☎ Domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	☎ Domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
☎ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	☎ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
☎ Travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___	☎ Travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et numéro de téléphone d'une autre personne joignable :

_____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (e) , _____ autorise n'autorise pas
mon enfant à sortir seul pour se rendre chez le médecin ou en consultation de prévention (MDA, Pélican, centre de planification).
Je m'engage à régler les frais de ces consultations. L'élève interne doit être muni pour cette éventualité, de la carte vitale et du
montant de la consultation.

En cas d'urgence, tout élève est transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera avertie par nos
soins ou ceux des services hospitaliers.

Tout élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

VISITE D'APTITUDE ATELIER

Il est rappelé aux familles que dans le cadre de l'enseignement professionnel et conformément au code du travail (R234-11 à
R234-23), **une visite médicale obligatoire** est exigée par **l'Inspection du travail** pour tous les élèves mineurs.

Tout élève convoqué doit impérativement se présenter au jour et à l'heure mentionnés sur sa convocation, muni de **son carnet de
santé. Les vaccinations obligatoires doivent être à jour.**

Si l'élève ne se présente pas, il y aura suspension provisoire des ateliers.

SANTÉ

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ____ / ____ / ____ Groupe sanguin : _____

Maladie ou problème de votre enfant : _____

Traitement ou suivi : _____

Médecin prescripteur : _____

INFORMATION IMPORTANTE

En dehors du fait qu'elle soit strictement interdite dans le règlement intérieur, la consommation de produits psycho actifs (**alcool, cannabis, autres drogues**), peut avoir de graves conséquences en cas d'utilisation de machines.

Elle pourrait donc entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle pendant le temps nécessaire, voire une sanction.

AMENAGEMENTS DIVERS

Années précédentes

AMENAGEMENTS 2023/2024 <i>Cocher les cases ci-dessous</i>	<u>Si renouvellement ou reconduction pour l'année scolaire 2024/2025</u> Documents à fournir
<input type="checkbox"/> P.A.I. - Projet d'accueil individualisé Maladies chroniques ou évolutives	PAI signé par le médecin ⇒ joindre la trousse avec les médicaments
<input type="checkbox"/> P.A.P. - Plan d'accompagnement personnalisé Troubles apprentissages, difficultés scolaires	<input type="checkbox"/> Décision ⇒ fiche médicale de synthèse établie par le médecin scolaire <u>avec avis favorable</u> ou défavorable <input type="checkbox"/> P.A.P. mis en place dans les établissements précédents
<input type="checkbox"/> P.P.S. - Projet personnalisé de scolarisation	<input type="checkbox"/> Notification de la MDPH <input type="checkbox"/> Dernier GEVA-Sco
<input type="checkbox"/> Aménagements d'examens	<input type="checkbox"/> Notification (s) de (s) année (s) précédente (s) : DNB - CAP - BAC <input type="checkbox"/> Tous les documents concernant la demande d'aménagements

2024/2025 : Première demande

AMENAGEMENTS	<u>Documents à fournir</u>
<input type="checkbox"/> P.A.I. - Projet d'accueil individualisé Maladies chroniques ou évolutives	PAI signé par le médecin prescripteur ⇒ joindre la trousse avec les médicaments
<input type="checkbox"/> P.A.P. - Plan d'accompagnement personnalisé Troubles apprentissages, difficultés scolaires	} <input type="checkbox"/> Un devoir de français ou d'histoire/géo corrigé } <input type="checkbox"/> 2 derniers bulletins de notes } <input type="checkbox"/> Toute pièce justifiant votre demande (Bilan orthophonique récent étalonné, bilan ergothérapeute, ...) <input type="checkbox"/> Copies : PAP, PAI, GEVA-Sco
<input type="checkbox"/> Aménagements d'examens	

Vu et pris connaissance, le ____ / ____ / 20__

Signatures : du / des **REPRESENTANT (S) LEGAL-LEGAUX**

de **L'ELEVE**