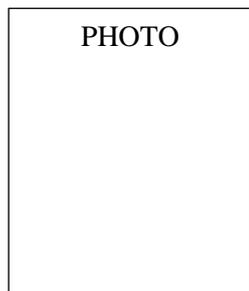


FICHE D'URGENCE-Année scolaire 2025-2026

Identité de l'élève



Nom

Prénom :

Classe à la rentrée (préciser la spécialité) :

Date de naissance :

| | |
|-----------------------|--|
| Externe | |
| Demi- Pensionnaire | |
| Interne | |

Nom et Prénom du frère, de la sœur ou d'un autre parent scolarisé au Lycée JUMINER :

.....

| Responsable légal 1 | Responsable légal 2 | Autre personne à contacter (précisez le lien avec l'élève) |
|---------------------|---------------------|--|
| NOM | | |
| PRENOM | | |
| ADRESSE | | |
| CODE POSTAL | | |
| VILLE | | |


 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 les numéros de téléphone suivants :

| | | |
|--|--|--|
|  Domicile | | |
|  Travail | | |
|  Portable | | |

Informations complémentaires

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SDIS), 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 obligatoirement de sa famille.**

Date du dernier rappel antitétanique :
 (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions à prendre...) :

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

TRES SIGNALE

Votre enfant est-il affecté par une maladie qui a un impact sur sa scolarité ? Oui Non

Si oui, remplir correctement « la fiche de renseignements médicaux confidentiels » et la remettre sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière du lycée.

SIGNATURE DU RESPONSABLE :



FICHE QUESTIONS SANTE A DESTINATION DE L'INFIRMIERE

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

CLASSE :

| | |
|-----------------------------|--|
| NOM | |
| Prénom | |
| Date de Naissance | |
| Établissement d'origine | |
| Commune de résidence | |
| N° de téléphone perso | |
| N° de téléphone des parents | |

Votre enfant a-t-il un problème de santé ayant une incidence sur sa vie scolaire, familiale ou personnelle ? OUI NON

- Si OUI, lequel ?

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| maladie neurologique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| maladie respiratoire ou allergique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| maladie cardiaque | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| est-il drépanocytaire ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| est-il sujet aux hémorragies ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| a t'il un diabète ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| a-t-il des troubles psychiques, mentaux | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| autre maladie importante ? | | | |

- Suit-il un traitement ? OUI NON
Si OUI, nom du médicament

- Y'a-t-il des précautions particulières à prendre ? OUI NON

L'an dernier, votre enfant bénéficiait-il d'un :



SANTÉ (Élève malade)



TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Elève « Dys » nécessitant des adaptations
et aménagements pédagogiques



SITUATION DE HANDICAP
reconnu par le MDPH

FICHE D'ACCUEIL A DESTINATION DE L'ASSISTANTE SOCIALE

2025-2026

L'assistante sociale est soumise au secret professionnel.

ELEVE

Nom-Prénom :

Date et lieu de naissance :

L'an dernier, votre enfant était scolarisé au collège :

A-t-il eu des problèmes scolaires oui non **d'absence** oui non **de comportement** oui non

Est-il passé en conseil **de discipline** oui non

Votre enfant a-t-il été **victime de Harcèlement** oui non

Fume-t-il des **cigarettes** oui non **des joints** oui non

A-t-il une affaire judiciaire en cours oui non

Votre enfant a-t-il :

1-une activité **sportive** oui Précisez..... non

2- une activité **culturelle** oui Précisez..... non

3-une activité **religieuse** oui non

4-des **animaux** oui Précisez..... non

Votre enfant est-il dans un groupe de **carnaval** oui non

Le midi, votre enfant **mangera** : à la restauration du lycée à la maison autre.....

Votre enfant **se rendra au lycée** : à pieds en voiture en transport d'élèves en transport en commun

Votre enfant est-il **suivi par un spécialiste** : non oui, par : éducateur psychologue orthophoniste

médecin CMP SESSAD Autres.....

Votre enfant a-t-il un **problème de santé** : non oui

PARENTS

Vous êtes : marié (e) pacsé (e) veuf (ve) divorcé (e) célibataire

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE | EMPLOI |
|-----|--------|---------|-----------|--------|
| | | | | |
| | | | | |

Vos enfants :

| NOM | PRENOM | DATE NAISSANCE | CLASSE | ETABLISSEMENT |
|-----|--------|----------------|--------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vous habitez dans : une maison un appartement autre :

Rencontrez-vous des **difficultés** : familiales financières d'éducation de l'enfant autre.....

Souhaitez-vous un **rendez-vous avec** : l'assistante sociale l'infirmière le PsyEN