



Lycées des métiers
ORTHEZ

DEMI-PENSIONNAIRE

Photo

NOM - Prénom de l'élève

Numéro de portable de l'élève (obligatoire) :

Date de naissance : ___/___/___ **Classe** :

MAJEUR

OUI NON En cours d'année : le ___/___/___

Nom - Prénom du Responsable :

Domicile : Portable :

Adresse :

.....

Profession : Travail :

Adresse personnelle de l'élève, s'il est logé en ville :

.....

.....

(1) Cocher la mention utile

T.S.V.P.../...



Lycées des métiers
ORTHEZ

FICHE URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS DES ELEVES

Conformément au protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (B.O. n° 1 du 06.01.2000), il sera fait appel au Service médical d'urgence (SAMU : 15) qui est le seul habilité (loi 86.11 du 06.01.1987) à réguler à distance la prise en charge médicale d'une personne en détresse.

Nom

Prénom

Classe

Date de naissance /___/___/___/

Nom et adresse des parents ou du représentant légal

.....

Numéro de Sécurité sociale et coordonnées

.....

Adresse de la complémentaire (mutuelle) :

.....

Numéro de police et coordonnées de l'assurance scolaire

.....

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 :

Domicile

Travail du père Portable

Travail de la mère Portable

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :


Date du dernier rappel de vaccin antitétanique /___/___/___/

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergies, traitement en cours, précaution particulières à prendre...*) -----

Une ordonnance médicale du médecin traitant est exigée pour un traitement à prendre (allergie, asthme, maux de ventre, maux de tête, règles douloureuses, douleurs articulaires,....) pendant le temps de présence de votre enfant au lycée.

Nom du médecin traitant -----

Adresse -----

----- 

Fait à : _____, le ____/____/____/

Signature des Parents :

En cas d'urgence, l'élève 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 que s'il est accompagné de sa famille.

AUTORISATION DE SORTIE DE L'ELEVE DEMI-PENSIONNAIRE

a) En début de journée, en cas d'heures d'études, j'autorise mon enfant à n'entrer dans l'établissement que pour la première heure de cours effective :
OUI NON (1)

b) En fin de journée, en cas d'heures d'études, j'autorise mon enfant à quitter l'établissement dès la dernière heure de cours effective :
OUI NON (1)

Fait à _____, le _____

Signature de l'élève,

Signature du responsable,

AUTORISATION DE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT

J'autorise mon enfant à quitter l'établissement lors de DEUX heures d'études consécutives :
NON (1) OUI

Fait à _____, le _____

Signature de l'élève,

Signature du responsable,