

Lycée SEVIGNE

Année scolaire 2026 - 2027

14, rue Madame de Sévigné

08000 Charleville-Mézières Tél : 03.24.59.83.00

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

.....

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 :

N° téléphone domicile :

N° portable du père : N° portable de la mère :

N° du travail du père : N° du travail de la mère :

Nom et n° de téléphone d'au moins une autre personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

.....

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 qu'accompagné de sa famille.**

A le Signature des parents
ou du représentant légal

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

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

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Nom du médecin traitant : Téléphone :

*

Cette fiche de renseignements doit impérativement accompagner l'élève lors de toute hospitalisation.

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles.

(Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement).