



FICHE D'URGENCE A L'INTENTION

DES ETUDIANTS DE BTS

A compléter chaque année de scolarisation – prévenir l'infirmière en cas de modifications en cours d'année.

ETUDIANT(E)

Mme M. Nom : Prénom :

Date de naissance : Entrée en classe de BTS : GTLA.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale de l'étudiant(e) :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire de l'étudiant(e) :

.....

Personne à contacter en cas d'urgence

Lien avec l'étudiant(e) : ...

En cas d'accident, un étudiant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

La personne désignée est avertie par nos soins. Un étudiant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de son responsable légal.

Nom : Mme M.

N° de téléphone portable **obligatoire** :

Adresse postale :

Adresse mail en majuscule :

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** :

Aménagements pédagogiques et mesures particulières aux examens

L'étudiant a-t-il eu un **PAP** ? (dys) Oui (je joins le document) Non

L'étudiant a-t-il eu un **PAI** ? Oui (je joins le document) Non

L'étudiant a-t-il eu un **PPS** ? Oui (je joins le document) Non

L'étudiant a-t-il eu un **GEVASCO** ? Oui (je joins le document) Non

L'étudiant a-t-il eu des **aménagements examens** ? Oui (je joins le document) Non

Observations particulières	Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)
Maladie dont vous êtes atteint(e) :	
Je joins sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire, les documents établis par mon médecin traitant :	
<input type="checkbox"/> une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques	
<input type="checkbox"/> un protocole d'urgence précisant : les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès	

Les traitements réguliers doivent être déposés à l'infirmier avec l'ordonnance du médecin.

Médecin traitant

Adresse :

NOM : Mme M.

N° de tél :