

# FICHE DE RENSEIGNEMENT EN CAD D'URGENCE

Année Scolaire 2026-2027

PHOTO

## IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe (année scolaire 2026-2027) : .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone portable : .....

## IDENTITÉ DES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Responsable légal 2 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone portable : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible.

### Personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom : ..... Numéro de téléphone : .....

### Personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer (réponse obligatoire) :

Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : ..... Téléphone : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-centre 15.

Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou de service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant souffre-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) ?  OUI  NON

(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Votre enfant souffre-t-il PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) ?  OUI  NON

(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ?  OUI  NON

Si oui et/ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et/ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche infirmerie confidentielle à remettre, sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier.

Lors de la 1ère inscription dans l'établissement, merci de fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche infirmerie confidentielle, sous enveloppe cachetée à l'attention de personnel infirmier de l'établissement.

Signature responsable légal 1

et / ou

Signature responsable légal 2

Nom : .....

Nom : .....

A ....., le .....

A ....., le .....

**Vos données sont collectées par l'établissement : Lycée Polyvalent Henri Moïsand**

Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant, ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique : [dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr](mailto:dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr) ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données - 10 rue de la Convention - 25030 BESANCON Cedex.