

FICHE D'INTERNAT

Je, soussigné(e), représentant légal(e) de l'élève
..... demande que mon fils / ma fille ⁽¹⁾ soit accueilli(e) à l'internat pour
l'année 2018-2019.

Motif : (renseigner impérativement)

CORRESPONDANT D'INTERNAT

Le chef d'établissement peut être contraint – en cas de force majeure- de fermer l'internat en urgence et sans préavis (grève du personnel, intempéries, danger immédiat...).

De plus, votre enfant, malade ou blessé, peut nécessiter des soins, sans que la gravité de son état n'impose l'intervention de secours d'urgence.

Il est donc impératif que chaque famille trouve, pour son enfant, un hébergement d'urgence

En cas de fermeture inopinée de l'internat ou de maladie, mon enfant peut être accueilli chez :
M. Mme Adresse :

Tél. :

EN L'ABSENCE DE CORRESPONDANT DESIGNÉ, JE M'ENGAGE A VENIR CHERCHER MON ENFANT DANS LES DÉLAIS FIXÉS PAR LE LYCEE

ABSENCE DU MERCREDI SOIR

La famille de l'élève mineur (ou l'élève majeur lui-même) s'engage à prévenir de toute absence de l'élève à l'internat **AVANT 18H00**.

Si l'absence **du mercredi** doit être habituelle, merci de remplir l'autorisation permanente qui suit.

J'autorise Je n'autorise pas ⁽²⁾ mon enfant à quitter l'établissement le mercredi à la fin des cours et revenir le jeudi à la première heure de cours.

⁽¹⁾ Rayez la mention inutile ⁽²⁾ Cochez la case appropriée

**CONSIGNES D'URGENCES SANTE
VALABLES POUR LA JOURNEE ET L'INTERNAT**

↪ En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. L'infirmière (ou tout autre service en son absence) peut vous demander de venir chercher votre enfant dans de courts délais. Merci de nous faciliter la tâche en nous donnant tous les numéros de téléphone permettant de vous joindre.

↪ **En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers ou SAMU) 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 ou d'un représentant mandaté par elle.**

↪ Toute information médicale utile aux soins de votre enfant doit être portée à la connaissance du Service Infirmier sous pli confidentiel adressé au Médecin ou à l'Infirmière de l'établissement que vous pouvez joindre au 05.65.20.58.00

↪ Tout médicament doit être déposé à l'infirmerie **avec l'ordonnance correspondante**

Je, soussigné(e) autorise l'établissement hospitalier à donner tous les soins nécessaires à mon enfant. : OUI NON

Mon enfant fait l'objet d'un PAI : OUI NON

Signature du représentant légal

Signature de l'élève