

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 CLASSE :

Etablissement fréquenté l'année précédente

Nom du père

Nom de la mère

Adresse des parents ou du représentant légal :

N° téléphone : domicile père
 portable père
 travail père

domicile mère
 portable mère
 travail mère

Autre personne à contacter en cas d'absence des parents

Nom :

Téléphone :

N° de sécurité sociale du responsable légal : . / .. / .. / .. / ... / ... / ..

N° de sécurité sociale de l'élève : . / .. / .. / .. / ... / ... / ..

Adresse de la caisse :

Nom et adresse de la mutuelle

N° Adhérent à la mutuelle :

Vaccinations subies par l'élève
A remplir

NATURE	DATES	RAPPEL
Diphtérie, tétanos, polio (coq) DTCP		
BCG		
Hépatite B	1ère injection : 2ème injection : 3ème injection :	
Oreillons		
Rubéole		
Rougeole		

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Observations particulière (allergies, traitements, handicap, asthme, diabète...) :

Si aménagements particuliers (PAP, PAI, GEVASCO...), joindre un exemplaire

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 (les frais sont à la charge de la famille).

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

A.....,

Signature des parents :

Le.....