

NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 CLASSE : .....

Etablissement fréquenté l'année précédente : .....  
 Nom du père : .....  
 Nom de la mère : .....  
 Adresse des parents ou du représentant légal : .....

N° de 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° d'adhérent à la mutuelle : .....

Vaccinations subies par l'élève

**A remplir**

NATURE	DATES	RAPPEL
Diphthérie, tétanos, polio (coq) DTCP		
BCG		
Hépatite B	1 <sup>ère</sup> injection: 2 <sup>ème</sup> injection: 3 <sup>ème</sup> injection:	
Oreillons		
Rubéole		
Rougeole		

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....  
 .....  
 .....  
 Observations particulières (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 ..... ,  
 Le .....  
 Signature des parents