

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

Identité de l'élève

Nom : Prénoms : Classe.....
Né(e) le : à Sexe (M ou F) :
Nationalité : N° de Portable élève.....
Etablissement fréquenté précédemment et lieu :

Représentant légal - MERE

Nom : Prénom :
Adresse : Code postal : Commune.....
Tél dom. : Tél travail : Tél portable :

Représentant légal - PERE

Nom : Prénom :
Adresse : Code postal : Commune.....
Tél dom. : Tél travail : Tél portable :

Autre personne à contacter

Nom : Prénom :
Adresse : Code postal : Commune.....
Tél dom. : Tél travail : Tél portable :

Autres renseignements

N° et adresse de l'assurance scolaire :
N° de sécurité sociale de l'élève :
Adresse du centre de sécurité sociale :

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : _____ (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

(poursuivre au verso si besoin)

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : _____

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Date : _____ Signature du représentant légal _____