

Nom: Classe :
Prénom: Date de Naissance :
Nom du représentant légal :
Père Mère Autre

Numéros de téléphones utiles

Domicile des parents:
Père: (GSM) Travail.....
Mère: (GSM) Travail.....
Autre personne:..... Travail.....
Lien avec l'élève:

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 l'établissement.

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ

Nom du médecin traitant: Téléphone:

Si votre enfant suit un traitement médical régulier ou ponctuel, merci de déposer à l'infirmierie le duplicata de l'ordonnance ainsi que les médicaments.

Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire particulier ? Oui non
Si Oui, lequel ? PAI PPS PAP 1/3 TEMPS CNED
 AUTRE:

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? Oui Non

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

IMPORTANT: si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles vous pouvez contacter les infirmières ou le médecin scolaire

Signature du représentant légal