

Identité de l'élève

Nom:

Prénoms:.....

Date de naissance:.....

Classe:.....

Numéro de téléphone:.....

Numéro de sécurité sociale:

.....

Mutuelle:.....

Numéro et nom de l'assurance scolaire:

.....



En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Représentants légaux

Nom:.....

Prénoms:.....

Numéro de téléphone:.....

Adresse:.....

Nom:.....

Prénoms:.....

Numéro de téléphone:.....

Adresse:.....

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur autorisons l'anesthésie de notre enfant..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/ elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À, le

Signature.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.

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

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



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

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.