

**IDENTITE DE L'ELEVE**

Photo

Nom :  
Prénom :  
Né (e) le :  
Lieu :  
Nationalité :

**SCOLARITE ANNEES PRECEDENTES**

Collège :  
Lycée :

**RESPONSABLES LEGAUX**

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code postal :                      Commune :  
Profession :  
Téléphone :

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code postal :                      Commune :  
Profession :  
Téléphone :

Mariés              Séparés              Divorcés  
Nb de sœurs .....      Nb de frères .....

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Docteur :  
Téléphone :

**VACCINS OBLIGATOIRES**

Diphtérie :    OUI    NON    rappel le : .....  
Tétanos :      OUI    NON    rappel le : .....  
Polio:          OUI    NON    rappel le : .....  
DT Polio :     OUI    NON    rappel le : .....  
Tétracoq :     OUI    NON    rappel le : .....  
BCG :           OUI    NON    rappel le : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

**L'élève suit-il un traitement médical ?**    OUI    NON

Si **OUI**, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants ainsi que la **fiche de renseignements médicaux confidentiels** (Annexe 1).

**L'élève a-t-il des allergies ?**

Asthme :                      OUI                      NON  
Alimentaires :              OUI                      NON  
Médicamenteuses :      OUI                      NON

Autres :

Si OUI précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

Diabète :                      OUI                      NON  
Cholestérol :                OUI                      NON  
Problèmes cardiaques :    OUI                      NON  
Autres : .....

**AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE**

**L'élève bénéficie-t-il d'aménagements particuliers**

PAI (Pathologie) :    OUI    NON  
PPS-MDPH (Handicap) :    OUI    NON  
PAP :    OUI    NON

Si oui, fournir tous les documents utiles

**VACCINS RECOMMANDES**

Hépatite B :    OUI    NON    rappel le : .....  
ROR :            OUI    NON    rappel le : .....  
Coqueluche :    OUI    NON    rappel le : .....  
AUTRES : Précisez :

Veillez joindre les copies du carnet de vaccination.

Je    soussigné(e) Mme/M    .....responsable    légal    de    l'enfant  
.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

DATE :

SIGNATURE :