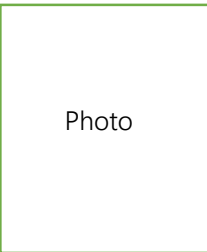


Classe : Régime :



IDENTITE DE L'ELEVE

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/Mresponsable légal de l'enfant
.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

DATE :

SIGNATURE :