Classe :

Année scolaire 20...../20.....

Enseignantes :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*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'attention du médecin scolaire.

NOM : **Prénom** :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

1) Père Mère Tuteur

2) Père Mère Tuteur

Nom et adresse d'un tiers délégataire (personne physique ou morale)

Lien avec l'élève :

Nom prénom

Adresse.....

Mail.....

Santé : N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

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 enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

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, ainsi que de nous avvertir au plus tôt pour tout changement de numéro.

1. N° de portable (indiquer « père » « mère » « représentant légal ») :

2. N° du travail du père : N° du travail de la mère :

3. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (D.T.P.) :

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

.....
.....
.....

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

.....
.....

Représentants de parents : J'autorise la communication de mes coordonnées aux associations de parents d'élèves (entourez) : Représentant 1 OUI NON

Représentant 2 OUI NON