

Nom :

Prénom :

Date de naissance : classe :

Coordonnées de la famille :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Pour cela veuillez noter les numéros de téléphone ou l'on peut vous joindre (pensez à les actualiser, merci !).

1. N° du domicile :
2. N° de portable parent 1 N° du travail:
3. N° de portable parent 2 N° du travail:
4. Nom et numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

Adresse mail du responsable@.....

NOM et téléphone médecin traitant :

Renseignements médicaux :

- En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours et d'urgences vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
- Date dernier rappel vaccin antitétanique:
- Si votre enfant présente un trouble de la santé ou une pathologie ou 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 (par exemple : allergie, asthme, diabète, intervention chirurgicale, prise de traitement....).
- En cas de traitement à suivre pendant le temps scolaire, les médicaments seront remis à l'infirmier(e) avec l'ordonnance et pour les élèves mineurs une autorisation écrite des parents qui précisera que l'élève doit prendre son traitement pendant le temps scolaire à l'infirmierie.

Aucun médicament ne doit être détenu par l'élève

A le Signature du représentant légal: