

PHOTO

LYCEE PRIVE PROVENCE VERTE SAINT MAXIMIN 2017/2018

NOM de l'élève..... Prénom
Date de naissance Classe de :.....
Numéro de téléphone de l'élève.....
Numéro INSEE /SECURITE SOCIALE de l'élève.....

COORDONNEES TELEPHONIQUES

A compléter entièrement SVP pour vous joindre en cas d'urgence.

En cas de changement, merci de nous tenir informés tout au long de l'année scolaire.

Nom / Prénom du père
Adresse
Téléphone
Profession

Nom / Prénom de la mère
Adresse
Téléphone
Profession

Nom du tuteur
Adresse
Téléphone

Dans la situation d'urgence extrême et l'impossibilité de joindre la famille, personnes à contacter(amis, oncle, voisins)
Numéro de téléphone

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Joindre copie des pages de vaccinations du carnet de santé complétées au nom de l'élève)

DT POLIO: Date VACCIN:.....Date de rappels.....
TETANOS Date de rappels.....
GROUPE SANGUIN :RH.....
B.C.G.....DATE DE Vaccin.....
OBSERVATIONS IMPORTANTES

Est-ce que votre enfant suit un traitement particulier (médicaments) ?
Lequel..... **OUI NON**
.....

Est-ce que votre enfant souffre d'une allergie particulière ? **OUI NON**
Laquelle.....
.....

Est-ce que votre enfant souffre d'une maladie particulière ? **OUI NON**
Laquelle.....

Allergie à des médicaments.....OUINON
Lesquels.....

Allergie alimentaire.....OUI .. NON
Lesquelles

REGIME SOCIAL DES PARENTS (cochez)

	MSA	SEC.SOCIAL	AUTRE	N°AFFILIATION
PERE	()	()	()	()
Nom et Adresse de la CAISSE à laquelle l'enfant est affilié :.....				
Caisse du Père				Tél.....
Caisse de la mère				Tél.....

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné, Mr, Mme(père, mère ou le responsable légal de l'élève NOM et PRENOM

Autorise Monsieur le Directeur du Lycée d'Enseignement Agricole Privé ou son représentant à faire hospitaliser l'enfantet le Médecin à l'opérer et à l'anesthésier et, de façon générale, à prendre toutes les mesures jugées utiles par ce dernier.

Fait à.....Le.....

Signature des parents ou du tuteur.....