



**LYCEE PRIVE PROVENCE VERTE**  
**SAINT MAXIMIN**

PHOTO  
OBLIGATOIRE

2020/2021

**NOM de l'élève** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_ **Classe de** \_\_\_\_\_

**Régime de l'élève**      EXTERNE       DEMI-PENSION       INTERNE

**Numéro de téléphone de l'élève** \_\_\_\_\_

**Numéro INSEE /SECURITE SOCIALE de l'élève.** \_\_\_\_\_

**COORDONNÉES      TÉLÉPHONIQUES**

**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 / Prénom du tuteur** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_

**Dans la situation d'urgence extrême et l'impossibilité de joindre la famille, personnes à contacter** \_\_\_\_\_ **(autres membres de la famille, amis, voisins)**

**Numéro de téléphone** \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS IMPORTANTES SUR LA SANTE DE L'ELEVE

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

Lequel \_\_\_\_\_

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.....OUI NON

Lesquels \_\_\_\_\_

Allergie alimentaire.....OUI NON

Lesquelles \_\_\_\_\_

## AUTRES OBSERVATIONS A SIGNALER

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## REGIME SOCIAL DES PARENTS (cochez)

PERE MSA SEC.SOCIAL AUTRE ( ) N°AFFILIATION

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(e), Mr, Mme \_\_\_\_\_ père, mère ou responsable  
légal de l'élève (NOM et Prénom) \_\_\_\_\_*

*Autorise Monsieur le Directeur du Lycée d'Enseignement Agricole Privé ou son  
représentant à faire hospitaliser l'enfant \_\_\_\_\_*

*et 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

\_\_\_\_\_