



LYCEE PRIVE PROVENCE VERTE
SAINT MAXIMIN

PHOTO
OBLIGATOIRE

2022/2023

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de l'élève _____ **Prénom** _____
Date de naissance _____ **Classe de** _____
Régime de l'élève EXTERNE DEMI-PENSION INTERNE
Numéro de téléphone de l'élève ____/____/____/____/____
Mail de l'élève _____@_____
Numéro INSEE /SECURITE SOCIALE de l'élève _____

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.

RESPONSABLE LÉGAL 1 père mère autre à préciser _____
NOM _____ **Prénom** _____
Adresse _____
 Code postal _____ **Ville** _____
Téléphone ____/____/____/____/____ **Profession** _____
Mail _____@_____

RESPONSABLE LÉGAL 2 père mère autre à préciser _____
NOM _____ **Prénom** _____
Adresse _____
 Code postal _____ **Ville** _____
Téléphone ____/____/____/____/____ **Profession** _____
Mail _____@_____

Dans la situation d'urgence extrême et l'impossibilité de joindre la famille, personnes à contacter _____ **membres de la famille, ami(e), voisin(e)**
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 maladie particulière ? OUI NON

(antécédents médicaux et/ou chirurgicaux, maladies chroniques, TDAH, asthme, troubles auditifs)

si oui préciser _____

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

→Allergies à des médicaments OUI NON

Lesquels _____

→Allergies alimentaires OUI NON

Lesquelles _____

→Autres OUI NON

Lesquelles _____

Votre enfant souffre-t-il d'intolérances alimentaires OUI NON

Lesquelles _____

AUTRES OBSERVATIONS A SIGNALER

REGIME SOCIAL DES PARENTS (cochez)

	MSA	SEC.SOCIAL	AUTRE	TÉLÉPHONE	N°AFFILIATION
PERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (_____)	_____	_____
MERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (_____)	_____	_____

Nom et Adresse de la CAISSE à laquelle l'enfant est affilié _____

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e), M., 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
