

Classe :

.....
.....

Prénom :

Date de naissance : ... / ... /

N° Sécurité Sociale de l'élève :

.. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / ..

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° de sécurité sociale : .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / .. / ..

Assurance scolaire : nom et numéro du contrat:

- N° de téléphone portable de l'élève :

- N° de téléphone du père :

Domicile : Portable : Travail :

- N° de téléphone de la mère :

Domicile : Portable : Travail :

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

- Médecin traitant (Nom, adresse et n° de téléphone):

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons en cas d'urgence, à orienter et faire transporter notre enfant par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté. Nous serons immédiatement avertis par vos soins et nous rejoindrons notre enfant sur place. De plus, j'autorise l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/ elle aurait à subir une intervention chirurgicale en urgence.

Fait à

le

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : / /

(Pour être efficace, la vaccination nécessite un **rappel tous les 5 ans**)

Signature des parents :

- INFORMATIONS IMPORTANTES : que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir impérativement 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'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

**MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DE :
L'ATTESTATION SECURITE SOCIALE MENTIONNANT LE NOM DE L'ELEVE,
DE LA MUTUELLE OU CMU
ET DES VACCINATIONS + CERTIFICAT DE VACCINATION COVID**