

Nom de l'élève

Prénom de l'élève

Classe

Régime : Externe demi-pensionnaire interne

N° de sécurité sociale de l'élève



VACCINATIONS
(date du dernier rappel)

TETANOS : ou D.T.P. :

PRÉCAUTIONS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS
(diabète, hémophilie, asthme, allergies....)

.....
.....
.....
.....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....
.....

A le

Signature des parents

FICHE MÉDICALE

Représentant légal de l'élève :

Nom : **Prénom :**

Adresse
.....

Tél :

N° sécurité sociale :

Mutuelle :

Employeur, adresse du lieu de travail :

Père :

.....
..... **tél :**

Mère :

.....
..... **tél :**

En cas d'accident ou de maladie :

M. Mme :

Autorisent l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention chirurgicale d'urgence et pour une hospitalisation à la polyclinique Reims-Bezannes ou à l'hôpital de Reims.

A

Le

Signature des parents :