



ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère :

NOM / Prénom : _____

Adresse : _____

CP / Commune : _____

N° Assuré Social : _____

Autre responsable légal :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

CP / Commune : _____

N° Assuré Social : _____

Père :

NOM / Prénom : _____

Adresse : _____

CP / Commune : _____

N° Assuré Social : _____

CENTRE DE SECURITE SOCIALE

Nom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

ASSURANCE SCOLAIRE

Nom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

♦ L'enfant porte -t-il des lunettes ? Oui Non

♦ Observations particulières :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergie, traitement en cours, précautions particulières à prendre...*) :

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____ Tél : _____

Adresse : _____

Signature des responsables légaux (père – mère – autre)