

JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

CLASSE	
---------------	--

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à l'attention de l'infirmière

Nom de l'élève **Prénom** :

Date et lieu de naissance

Adresse de l'élève

Portable de l'élève

Nationalité : Française Autres :

Scolarité de l'année précédente 2012/2013	Classe :
Autre établissement :	
Ville :	

PERE / TUTEUR :

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Portable :

Employeur : Téléphone :

MERE / TUTRICE :

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Portable :

Employeur : Téléphone :

AUTRE :

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Portable :

Employeur : Téléphone :

Autres remarques non confidentielles que jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies – précautions particulières) :

.....

.....

RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES

Il est important de signaler, sou pli cacheté, toute situation particulière à l'infirmière de l'établissement, et ce, tout au long de sa scolarité.

Noter sur l'enveloppe : le nom, le prénom et la classe de l'élève.

Lettre jointe : OUI NON

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

N° et adresse du centre de sécurité sociale auquel l'élève est rattaché(e) :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du **médecin traitant** :

.....

.....

Fait à

Le / / 2013

SIGNATURES du père / mère/ responsable légal

SIGNATURE de l'élève majeur